



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

VIVÊNCIAS DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO TEMA MORTE COM DOENTES EM FIM  
DE VIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por  
Ana Sofia Santiago Morais

Dezembro 2010



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

VIVÊNCIAS DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO TEMA MORTE COM DOENTES EM FIM  
DE VIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por  
Ana Sofia Santiago Morais

Sob orientação de: Professora Doutora Margarida M. S. Vieira

Dezembro 2010



### **Epígrafe**

“Quantos de nós aproveitam essa ocasião? Em lugar de olhar de frente a real proximidade da morte, fazemos de conta que ela não vai chegar. Mentimos ao outro, mentimos a nós próprios e, em vez de dizer o essencial, em vez de trocarmos palavras de amor, de gratidão, de perdão, em vez de nos apoiarmos uns aos outros para atravessar esse momento incomparável que é o da morte de um ser amado, pondo em comum toda a sagesa, o humor e o amor de que o ser humano é capaz para enfrentar a morte, em vez de tudo isso, esse momento único, essencial da vida, é rodeado de silêncio e solidão”

In *Diálogo com a morte* de Marie de Hennezel

### **Lista de abreviaturas**

EUA – Estados Unidos da América

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

UR – Unidade de Registo

## **Agradecimentos**

Talvez de forma invulgar, começo por agradecer a alguém que já não está presente, a minha Tia Minda, factor decisivo no “meu acordar” para este tema.

Neste meu caminho, agradeço também à Enfermeira Ana Isabel, por me ter sensibilizado para a leitura de um livro que constituiu o pilar fundamental deste meu interesse – “Diálogos com a Morte”. Desta forma, ao longo do meu percurso como Médica, continuei a alimentar a minha percepção para as dificuldades existentes nesta área.

À minha madrinha, Mimi, que me tem permitido vivenciar de perto as dificuldades da doença oncológica e a importância do apoio e da Comunicação com os profissionais de saúde que a acompanham.

A nível da realização do trabalho, agradeço a mim por não ter desistido; à minha Mãe e Irmã por estarem presentes em todos os dias da minha existência; à minha família por me permitir sentir protegida no seio da sua coesão; aos meus amigos, por me inspirarem (obrigado Aida!); e à ginástica e à dança por me permitirem diariamente “virar a página” de mais um dia de trabalho!

Um agradecimento muito especial e sincero à minha Orientadora de Mestrado, Prof.Margarida Vieira, que me ajudou a manter a motivação, me “orientou” nos momentos de desorientação e ainda me permitiu a partilha de momentos pessoais que ajudaram a reforçar a minha motivação na continuidade deste trabalho. Alguém com uma visão muito especial do Ser Humano.

E não posso esquecer a minha Orientadora de Especialidade (dado que iniciei este Mestrado como Interna da Especialidade, apesar de o terminar já como Especialista), Dra. Margarida Matos, pelos ensinamentos e apoio que manifestou em todos os momentos da minha formação...e até mesmo depois.

O meu muito Obrigado a todos!

## **Resumo**

A Comunicação com o doente terminal é fundamental. Em Portugal esta área permanece pouco explorada em termos de investigação, nomeadamente no que concerne a Comunicação sobre a Morte e o Morrer com doentes terminais por parte dos médicos de família.

O objectivo deste trabalho é explorar as vivências dos médicos de família portugueses na abordagem do tema Morte com doentes em fim de vida.

O método usado para colheita de dados neste estudo foi a entrevista semi-estruturada. Foram realizadas 9 entrevistas com médicos de família portugueses incluídos na amostra por bola de neve.

A análise da informação permitiu identificar duas categorias, o Doente Terminal e o Médico de Família. Todos os entrevistados identificaram nas suas entrevistas alguma característica individual (160 unidades de registo) e relativamente ao doente terminal (86 unidades de registo) que influencia o seu comportamento; estas unidades de registo distribuíram-se por várias subcategorias de acordo com as semelhanças encontradas na informação obtida em cada entrevista.

Da investigação realizada salienta-se: os médicos de família entrevistados dificilmente abordam o tema Morte com os seus doentes terminais; as vivências dos médicos de família são condicionadas por receios e percepções baseadas nos seus próprios conceitos pessoais e falta de preparação nesta área, o que dificulta a abordagem deste tema e por cada doente individualmente; a dificuldade que os entrevistados apresentam na área da Comunicação, principalmente do tema Morte.

## **Summary**

Communication with the Dying Patient is fundamental. In Portugal this is a much unexplored research, specially the Communication about Death by general practitioners to their terminal patient.

The aim of this work is to explore the experiences of portuguese general practitioners in Communicating about Death with their Dying Patient.

The chosen method was the semi-structured interviews and so 9 interviews were conducted to Portuguese General Practitioners included in a snow ball sample.

The analyses of the information allowed the identification of two categories: the Terminal Patient and the General Practitioner. All participants identified in their interviews some individual characteristic (160 register units) and aspects of the terminal patient (86 register units) which influence the participant's behaviour; these register units were subsequently gathered in various subcategories according to its key ideas. I highlight the following ideas from the investigation conducted: the participants hardly ever communicate about Death with their terminal patients; most of the experiences gathered are influenced by the General Practitioners' fears and their perceptions based on personal concepts and lack of acquired skills, which makes Communication more difficult, and by each individual patient; the participants don't feel comfortable Communicating about Death.



## **Índice de Quadros**

Quadro 1 – Exemplos da subcategoria IDADE .....	31
Quadro 2 - Exemplos da subcategoria NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.....	32
Quadro 3 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O TEMA (Doente) .....	32
Quadro 4 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O MF .....	33
Quadro 5 – Exemplos da subcategoria FAMÍLIA (Doente) .....	35
Quadro 6 – Exemplos da subcategoria ESPIRITUALIDADE DO DOENTE .....	36
Quadro 7 – Exemplos da subcategoria CIRCUNSTÂNCIAS PESSOAIS	38
Quadro 8 – Exemplos de subcategorias de ESTRATÉGIAS .....	38
Quadro 9 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O TEMA (MF) .	39
Quadro 10 – Exemplos da subcategoria AUTORIZAÇÃO PARA ABORDAR O TEMA .....	40
Quadro 11 – Exemplos da subcategoria FAMÍLIA (MF) .....	41
Quadro 12 – Exemplos da subcategoria FORMAÇÃO .....	42
Quadro 13 – Exemplos da subcategoria ESPIRITUALIDADE (MF).....	43
Quadro 14 – Exemplos da subcategoria IDEIAS SOBRE A MORTE .....	44
Quadro 15 – Exemplos da subcategoria EXPECTATIVA PROFISSIONAL .....	45

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Distribuição das UR por entrevistados e subcategorias.....	27
Tabela 2 – Esquema da Categoria Doente Terminal e suas divisões.....	30
Tabela 3 - Esquema da Categoria Médico de Família e suas divisões....	37

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Esquema interpretativo da análise da informação .....	46
--	----

## **Índice geral**

Introdução .....	13
Pertinência teórica.....	14
Pertinência do estudo.....	16
Metodologia .....	19
Objectivo do estudo.....	19
Finalidade do estudo .....	19
Tipo de estudo.....	19
Participantes.....	19
Procedimentos de colheita de informação .....	20
Processamento da informação.....	21
Tratamento de dados .....	21
Resultados .....	23
Análise geral.....	23
Análise da informação.....	24
Análise das categorias e subcategorias .....	25
Discussão.....	45
Conclusão .....	51
Bibliografia .....	53
Anexo 1 .....	57
Anexo 2.....	59



## **Introdução**

A Comunicação é uma área fundamental na vida do ser humano. A relação médico-doente não funciona na ausência desta condição: nem o médico compreende o doente e nem o doente compreende o médico. Se o médico não compreende o doente não consegue tratá-lo de forma eficaz; se o doente não se sente compreendido, duvida da proposta médica, não cumpre a prescrição ou fá-lo de forma incorrecta, permanece doente; acaba a duvidar do médico. A doença, mais do que dificuldade orgânica e falha de órgão ou sistema, reveste-se de complexidades várias, uma das quais sendo a construção mental que o doente faz dela. Não basta fazer desaparecer a doença, é também importante explicá-la ao doente para que ele possa recuperar a sua autonomia e perder os medos que construiu.

A importância desta dificuldade na minha vida profissional ficou patente a partir do momento em que iniciei a minha carreira profissional, ainda como aprendiz. Reflectia-se em várias etapas da consulta. O médico, assoberbado em consultas com intervalos reduzidos entre cada uma delas e sobreposição de tarefas, tenta ser sintético tanto na consulta como na informação dada, descurando regularmente as necessidades do doente, que avalia do seu ponto de vista e não do interessado. A dificuldade permanecia frequentemente espelhada no olhar de dúvida do doente, que resignado saía do consultório levando as frases rápidas do médico, as dúvidas que trazia e outras tantas que arranjava na própria consulta.

No que toca ao doente oncológico apercebi-me de uma outra realidade: o médico decidia pelo doente e com a família (ou não) o melhor para o visado sem lhe perguntar e sempre sob o pretexto da ignorância conservar a Esperança, situação descrita na literatura como uma atitude do tipo paternalista.<sup>1</sup> O doente tem medos, desconfianças e dúvidas que não consegue partilhar nem com a família e nem com os profissionais de saúde com quem contacta, vive na incerteza. Os trabalhos nesta área

reflectem que o doente deseja ter um papel activo nas suas escolhas.<sup>2</sup> Tulsky, num estudo realizado em 1998, referia que de forma geral, os médicos provavelmente discutiriam pouco sobre a parte emocional de um assunto com o doente, podendo levar o médico a mentir sobre o verdadeiro estado de saúde do doente.<sup>3</sup>

Reflectindo sobre esta realidade fui-me apercebendo que a dificuldade reside no facto de o médico desconhecer a vontade do doente porque não lhe pergunta – comunicação ineficaz. Se me parecia difícil os colegas abordarem os diagnósticos com os doentes, o prognóstico não se abordava de todo; principalmente se implicasse a Morte a curto/médio prazo. A perspectiva de abordar o tema Morte com o doente não era de todo considerada, apenas se fornecia tal informação aos familiares.

Profissionalmente não corresponde ao esperado de um médico e pessoalmente imagino que seja muito difícil para um doente atravessar um momento da sua vida de tanta incerteza e medo sozinho, no meio das suas dúvidas. E Rainbird et al no seu estudo de 2009 confirma esta minha percepção empírica.<sup>4</sup>

### ***Pertinência teórica***

A investigação científica em Cuidados Paliativos tem sido essencial para a sua evolução, principalmente no que respeita a Qualidade de Vida dos doentes terminais. Destacam-se duas áreas: as Directivas Avançadas (relativas às preferências do doente) e os Cuidados em fim de vida, no que diz respeito às capacidades de comunicação necessárias por parte do médico assistente.<sup>2, 5, 6, 7, 8, 9</sup> No entanto, a investigação sobre a relação que se estabelece entre doentes terminais e médicos nos momentos finais da sua vida ainda é escassa.<sup>7</sup>

As necessidades do doente em fim de vida têm sido alvo de investigação, destacando-se a necessidade em Ser escutado e em saber a Verdade de forma honesta e directa. A investigação tem permitido demonstrar que existe a necessidade de falar sobre o Morrer.<sup>7</sup> E esta necessidade já não é recente, dado que nos anos 70, nos EUA, estudos conduzidos na população evidenciavam a presença do sentido da Dignidade no fim de

vida e a vontade de que entre médico e doente persistisse a verdade, principalmente no que concerne à Morte.<sup>10</sup>

Na sociedade actual, o médico é preparado para curar. Este receia tanto mais a Morte quanto menos se consegue defender da ansiedade que lhe provoca. Por isso, o Médico acredita em si como sendo um ser especial face à Morte, como o “último salvador”, e desta forma reduz a sua ansiedade face à Morte.<sup>11</sup> Mas condiciona a sua capacidade de entender a Morte como uma etapa no ciclo da vida. Reconhecer e facilitar o processo de Morrer é física e psicologicamente complexo, e ainda existe considerável ambiguidade relativamente ao que constitui um apropriado processo de Morrer.<sup>9</sup> Em Itália, um estudo efectuado na área das preferências individuais sobre Morte revelou existir uma pressão social inibitória intensa à volta deste tema.<sup>1</sup>

Em Portugal, da minha experiência pessoal e da partilha com colegas formados em outras Universidades de Medicina de Portugal, não existe formação na área das competências comunicacionais durante a formação académica. Mas o mesmo sentem médicos não portugueses, verificando-se haver uma formação inadequada na área de Cuidados Paliativos, e principalmente na área da Comunicação.<sup>5, 12</sup> Embora o médico comece a perceber a importância das técnicas de comunicação no processo de “dar más notícias”, ainda não se sente preparado para realizar esta tarefa.<sup>13, 14</sup> Um estudo de Roter comparou aspectos da comunicação de médicos peritos nesta área e de médicos de família (MF), concluindo que estes últimos apresentam limitações na comunicação com os seus doentes em fim de vida.<sup>5</sup>

Na revisão da literatura apercebi-me da valorização crescente dada às técnicas de comunicação; no entanto, e referindo-me em particular a Portugal, não encontrei estudos publicados sobre a forma como os médicos vivenciam a abordagem do tema Morte com os seus doentes em fim de vida e as dificuldades que encontram.



## ***Pertinência do estudo***

Uma investigação na área da Medicina Geral e Familiar (MGF) permitirá perceber o porquê desta dificuldade do MF, que detém o privilégio de conhecer o doente como um todo e no seu contexto familiar, pessoal e profissional. Esta especialidade permite uma maior aproximação entre MF e doente, um maior conhecimento da vontade de cada doente e suas motivações, como é referido por Borreani et al no seu trabalho de investigação.<sup>1</sup> É uma investigação na área da Comunicação médico-doente onde existe pouco conhecimento, principalmente na área MF-doente terminal em Portugal.

Os MF constituem o primeiro ponto de contacto do doente com o serviço nacional de saúde. Em muitas regiões do país são os únicos profissionais a que as pessoas conseguem chegar. Acompanham o doente ao longo de muitos anos, permitindo um conhecimento holístico do indivíduo, no seu contexto bio-psico-social.<sup>15, 16</sup>

Frequentemente é no MF que se inicia o estudo de problemas de saúde que se poderão vir a revelar fatais – confere-lhes a possibilidade de ir avaliando a predisposição do doente para a Verdade e para a sua capacidade de lidar com situações difíceis. Os MF têm um lugar privilegiado de conhecimento e confiança do doente e de acompanhamento do mesmo ao longo da sua trajectória na doença. Mas também encontram muitos obstáculos ao desempenho da sua actividade (procedimentos burocráticos, material para o cuidado de doentes no domicílio, entre outros).<sup>17</sup>

Espera-se que a análise das experiências de alguns colegas na área proposta permita iluminar o trajecto a percorrer no sentido de melhorar esta competência; abrir caminho para a realização de um estudo a nível nacional (na especialidade de MGF, como em outras especialidades); identificar áreas deficitárias; propor estratégias para as melhorar; melhorar as técnicas de Comunicação a nível do currículo de formação médica; consequentemente melhorar a satisfação do doente na sua relação com o seu médico, oncológico ou não.

É fundamental que estes técnicos compreendam a importância do falar sobre a Morte com Doentes em fim de vida, que se sintam confortáveis nesse papel e que dominem as técnicas de comunicação desta área.



## **Metodologia**

### ***Objectivo do estudo***

Com este estudo pretendo descrever e analisar as vivências dos MF que participaram neste estudo na abordagem do tema Morte com doentes em fim de vida.

### ***Finalidade do estudo***

Ao concretizar este estudo proponho-me a contribuir com dados que permitam compreender a dificuldade encontrada pela maioria dos profissionais médicos na área da Comunicação de temas como a Morte para propor estratégias de formação.

### ***Tipo de estudo***

Estudo Qualitativo, utilizando o método de fenomenologia interpretativa (Hermenêutica).

### ***Participantes***

Para um estudo fenomenológico a amostra é necessariamente teórica. Analisam-se e interpretam-se as narrativas experienciais das pessoas que vivam ou tenham vivido a experiência do fenómeno em estudo. Procurei assim, MF a exercer em centros de saúde de Portugal, com algum tipo de experiência com doentes em fim de vida.

Para evitar constrangimentos e enviesamento na análise das narrativas optei por médicos sem qualquer contacto profissional anterior com o investigador. A selecção dos participantes obedeceu à técnica de amostragem em Bola de Neve, em que cada entrevistado sugeria dois colegas de especialidade para entrarem no estudo.

## ***Procedimentos de colheita de informação***

Para iniciar a colheita de informação, os dois primeiros entrevistados foram sugeridos por uma colega MF, não participante no estudo mas do conhecimento da investigadora e dos colegas a entrevistar para que pudesse fazer a ligação entre todos. Investigadora e participantes não se poderiam conhecer previamente.

Antes da minha intervenção, os participantes eram contactados pelo colega que os sugeria no sentido de avaliar a sua disponibilidade para participar num trabalho de mestrado na área de Cuidados Paliativos (sem identificação do tema), autorizar a divulgação do seu contacto e identificar a investigadora como colega da mesma área profissional.

Posteriormente contactava os possíveis participantes por telemóvel, fazia uma explicação do objectivo do estudo sem revelar o tema e explicando o porquê desse procedimento (para não haver uma pré elaboração das respostas) e da confidencialidade dos dados. Se confirmada a sua disponibilidade, pedia-lhes que escolhessem o local e a data em que lhes era possível receberem-me para a realização da entrevista.

Após chegar ao local da entrevista, entregava ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) onde o entrevistado lia pela primeira vez o título do trabalho e o tema da entrevista. O contacto prévio à entrevista era curto no sentido de não influenciar as respostas dadas durante a entrevista.

As entrevistas foram gravadas em gravador áudio.

A primeira entrevista foi não directiva. Perante algumas dificuldades encontradas na realização da primeira entrevista, concluí pela necessidade de realizar nas subsequentes entrevista semi-directiva.

Durante a realização de cada entrevista observava e recolhia os comportamentos associados às perguntas e respostas, bem como as minhas impressões relativas ao participante e imediatamente após o final da entrevista redigia-os em bloco de notas para posteriormente adicionar ao verbatim.

Para garantir a confidencialidade dos entrevistados, todo o material audiogravado foi destruído após transcrição das entrevistas para verbatim.

A decisão de interromper a realização de entrevistas foi determinada pelo número de entrevistas – 9 – apresentando estas já material variado e suficiente para o estudo a que me proponho, não se verificando benefício na recolha de mais entrevistas tendo em consideração este ser um estudo descritivo, e o material valer pela sua qualidade e não pela quantidade.

### ***Processamento da informação***

Para processamento dos dados optei pela análise de edição, de forma manual. Para este processo utilizei o esquema conceptual de análise de conteúdos de Bardin.<sup>18</sup>

### ***Tratamento de dados***

Após a realização das entrevistas procedi à sua transcrição para verbatim, e posteriormente à destruição das mesmas. Cada entrevistado foi identificado neste trabalho com uma letra maiúscula.

A primeira entrevista identificou algumas dificuldades com o tipo de entrevista escolhido – o não directivo. A complexidade da questão aberta inicial *“como é que tem vivenciado e quais têm sido as suas experiências na abordagem de doentes em fim-de-vida relativamente ao tema Morte?”* ocasionou respostas pouco claras e sem relação com o pretendido, com alguma divagação, pelo que optei a partir deste momento por uma entrevista semi-directiva para poder orientar o entrevistado dentro do tema pretendido (mantendo sempre a questão inicial). Nas entrevistas seguintes elaborei um pequeno “guião” – entrevista semi-directiva, de forma a obter maior número de detalhes com menor perda de tempo e menor grau de divagação (situação que se verificava tendo em consideração a pergunta aberta inicial, a dificuldade do tema e o pouco à-vontade dos entrevistados).

A etapa seguinte consistiu numa pré-análise das entrevistas, com uma leitura superficial das mesmas. Em seguida iniciei a identificação das unidades de registo (UR) identificativas de ideias-chave.

Na última etapa procedi à codificação descritiva, conceptual e finalmente axial com a identificação de relações entre as ideias encontradas e os fenómenos subjacentes à comunicação na área do tema Morte.

## **Resultados**

### ***Análise geral***

Este trabalho inclui 9 entrevistas, a 8 colegas do sexo feminino e 1 colega do sexo masculino; a maioria residente e a trabalhar na área do Porto (8) e um dos colegas a trabalhar na região de Aveiro (Ílhavo). A faixa etária dos entrevistados situa-se entre os 40 e os 55 anos. Como as diferenças individuais de sexo, área de trabalho e idade não reflectiram diferença nas respostas obtidas, não senti necessidade de caracterizar com pormenor estes elementos, dado não trazerem qualquer acrescento à análise.

A duração das entrevistas variou entre 13 minutos e 40 segundos e 47 minutos e 45 segundos

Todos os entrevistados contactados aceitaram realizar a entrevista apesar de desconhecerem o tema, e depois do conhecimento do mesmo. Em quase todos os entrevistados verificou-se uma reacção global boa ao tema após leitura do título. Apenas um dos entrevistados manifestou algum desconforto, evidenciado por um gaguejar e um ajustar do corpo na cadeira. Verifiquei haver receptividade por parte dos entrevistados à participação no trabalho, sobretudo após a identificação da mestranda como colega da mesma área profissional; no entanto, o cruzamento de agendas e de disponibilidade foi trabalhoso, ocorrendo em algumas entrevistas espaços de 2 meses entre o primeiro contacto e a sua concretização.

Os locais escolhidos para realizar a entrevista foram: a residência do próprio (4 entrevistados), o local de trabalho (4 entrevistados) e um local de almoço (1 entrevistado); esta escolha não parece ter tido qualquer influência sobre o entrevistado, seu discurso e respostas, ou reflectir qualquer ponto de vista.



## **Análise da informação**

A maioria dos entrevistados (6) referiu não ter muita experiência na área tema deste trabalho, traduzindo-se num número reduzido de experiências e em alguma evicção em se envolver neste tipo de experiência (a área da Morte e do Doente terminal).

As experiências mais identificadas foram as negativas (experiências e vivências – dificuldades, más memórias, receios). Estas experiências, no caso de alguns entrevistados, acabaram por ser desmistificadas - reflectiram sobre a situação de uma perspectiva diferente e obtiveram conclusões interessantes para os próprios.

Exceptuam-se 2 entrevistados com experiências pessoais de proximidade com a Morte, com reflexões diferentes sobre a Morte e sobre o impacto que essas mesmas experiências tiveram sobre a sua opinião da Morte:

“[O entrevistado C falou, no final da entrevista e já com o gravador desligado, de ter passado por uma experiência de quase morte com um laringospasmo, de ter vários pensamentos nessa altura mas principalmente de ter tido a sensação que ia morrer e de não ter receio]”;

*“Portanto, isso tudo trato muito bem (relativamente à abordagem do tema Morte com o Doente em fim de vida). Porque acho que tive uma vivência (referindo-se ao diagnóstico que lhe foi feito de um melanoma maligno cutâneo) também que depois ainda consolidou mais;...”(E).*

Após uma primeira leitura das entrevistas, a ideia geral é que não se verifica uma abordagem do tema Morte com os doentes terminais por parte dos MF entrevistados. À medida que aprofundei a leitura das mesmas foi possível constatar que esta ideia geral assentava num conjunto de justificações várias identificadas pelos entrevistados. Por um lado, elementos relacionados com o doente – categoria **Doente Terminal** – sendo que nesta categoria vários elementos foram referidos, vindos estes a constituir subcategorias; por outro lado, elementos relacionados

com o próprio MF – categoria **Médico de Família** – encontrando-se nesta categoria múltiplas ideias a perfazer as subcategorias aqui encontradas.

Dentro da categoria **Doente Terminal** incluo todas as referências/elementos associados ao doente, que são sua característica e que dependem apenas deste. Todos os entrevistados identificaram nas suas entrevistas alguma característica relativamente ao doente terminal que influencia a sua atitude, tendo sido encontradas 86 referências ao doente terminal nas 9 entrevistas realizadas.

Na categoria **Médico de Família** incluo as referências/elementos inerentes ao próprio médico e que dependem apenas de si e suas vivências passadas, da sua construção pessoal do Eu e do Médico. Todos os entrevistados identificaram nas suas entrevistas alguma característica individual que influencia a sua atitude, tendo sido encontradas 160 referências ao MF nas 9 entrevistas realizadas.

### ***Análise das categorias e subcategorias***

A análise de cada entrevista forneceu vários elementos – as unidades de registo (UR). Estas UR foram agrupadas em categorias, subcategorias e sub-subcategorias.

Na tabela 1 registo o somatório de todas as UR de cada entrevistado, distribuídas pelas respectivas categorias, subcategorias e sub-subcategorias. Permite obter o número total de UR por entrevistado e por categoria, subcategoria e sub-subcategoria. A importância de cada subcategoria revela-se no número de UR que apresenta, e em menor grau no número de entrevistados que expressaram alguma ideia sobre essa subcategoria.

Os entrevistados com maior número de UR (entrevistado A com 47 UR e entrevistado I com 44 UR – tabela 1) correspondem a MF com dificuldade na abordagem do tema Morte com o doente terminal; o inverso não sucede, apesar do entrevistado com menor número de UR (entrevistado F com 12 UR – tabela 1) abordar o tema com os seus doentes, não o faz com à-vontade e não gosta do tema.

A subcategoria ***relação com o tema*** da categoria **Médico de Família** destaca-se como a que apresenta maior número de UR (35), sobretudo à custa da sub-subcategoria ***não à-vontade*** (28 UR) – onde todos os entrevistados manifestaram alguma ideia. Os entrevistados com 5 UR (entrevistados A, B e D) correspondem a entrevistados com maior dificuldade na abordagem deste tema com os seus doentes terminais.

Com 27 UR destacam-se a subcategoria ***relação com o tema*** da categoria **Doente Terminal** e a subcategoria ***autorização para abordar o tema*** da categoria **Médico de Família**, onde 7 entrevistados manifestam alguma ideia. Relativamente à subcategoria ***relação com o tema*** da categoria **Doente Terminal**, é na sub-subcategoria ***não à-vontade*** (17 UR) que se encontram a maioria das ideias expressas. Sete entrevistados manifestaram alguma ideia relativamente ao ***não à-vontade*** do doente terminal perante o tema Morte; 5 entrevistados (totalizando 10 UR) expressaram alguma ideia relativamente ao ***à-vontade*** do doente terminal face ao tema Morte.

No que diz respeito à subcategoria ***autorização para abordar o tema***, as ideias que os entrevistados expressam condicionam a abordagem do tema Morte (ou não). As ideias manifestadas não correspondem, na sua maioria, a ideias manifestadas pelos doentes terminais, e sim a percepções dos entrevistados relativamente às ideias dos doentes, com base nas suas atitudes e discurso.

A subcategoria ***formação*** da categoria **Médico de Família** engloba 21 UR, expressas por 7 entrevistados. A sub-subcategoria ***ausente*** soma 18 UR mencionados por 6 entrevistados; a sub-subcategoria ***presente*** soma 3 UR mencionados por 3 entrevistados. A ausência de formação para os entrevistados que a referiram constitui um factor dificultador da abordagem do tema com o doente terminal – não saber como, não se sentir preparado. O inverso também se verifica – os entrevistados com alguma formação referiram-na como importante para a abordagem do tema Morte com o doente terminal.

**Tabela 1 – Distribuição das UR por entrevistados e subcategorias**

			A	B	C	D	E	F	G	H	I
Doente Terminal	Idade (11 UR)	Jovem	-	2	2	1	-	-	-	-	-
		Idoso	1	2	2	1	-	-	-	-	-
	Nível de consciência (4 UR)	Consciente	-	-	1	2	-	-	-	-	-
		Inconsciente	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Relação com o tema (27 UR)	À-vontade	4	1	-	-	1	-	-	3	1
		Não à-vontade	5	1	1	-	1	1	-	1	7
	Relação com o MF (16 UR)	Próxima	1	-	-	4	3	2	1	1	2
		Distante	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Família (17 UR)	Apoio familiar	3	-	-	1	-	1	-	1	2
		Substituição	2	-	-	1	-	-	-	-	3
Conspiração de Silêncio		-	-	-	-	1	-	-	-	2	
Espiritualidade do Doente (11 UR)		1	1	2	-	1	-	-	4	2	
Médico de Família	Circunstâncias Pessoais (18 UR)		2	1	-	3	7	-	-	2	3
	Estratégias (5 UR)		2	-	-	3	-	-	-	-	-
	Relação com o tema (35 UR)	À-vontade	-	-	1	-	4	-	1	-	1
		Não à-vontade	5	5	1	5	1	4	4	1	2
	Autorização para abordar o tema (27 UR)		7	-	5	-	1	1	4	2	7
	Família (13 UR)	Relação com MF	-	-	1	-	-	-	2	-	1
		Substituição	-	-	-	3	-	-	1	-	2
		Conspiração de silêncio	-	-	-	1	-	-	-	1	1
	Formação (21 UR)	Presente	-	-	-	-	1	-	1	1	-
		Ausente	3	7	-	4	1	-	-	1	2
	Espiritualidade do MF (10 UR)		1	2	3	-	1	-	-	1	2
	Ideias sobre a Morte (20 UR)		3	-	5	2	1	2	4	1	2
	Expectativa profissional (11 UR)		6	2	-	-	-	1	-	1	1
UR totais por entrevistado		47	24	24	31	24	12	19	21	44	

A subcategoria ***ideias sobre a morte*** da categoria **Médico de Família** com 20 UR expressas por 8 entrevistados e a subcategoria ***circunstâncias pessoais*** da categoria **Médico de Família** com 18 UR expressas por 6 entrevistados realçam a importância que o contexto pessoal pode assumir como influenciador de comportamentos.

Em seguida encontra-se a subcategoria ***família*** da categoria **Doente Terminal** com 17 UR expressas por 6 entrevistados. Três entrevistados referem o apoio familiar em 8 UR; 3 entrevistados referem a substituição do doente terminal por algum familiar em 5 UR – circunstância dificultadora da abordagem do tema com o doente; 2 entrevistados referem a conspiração de silêncio (o prognóstico reservado e a Morte é escondida do doente terminal) em 3 UR como dificultadora da abordagem do tema com o doente.

Com 16 UR aparece a subcategoria ***relação com o MF*** da categoria **Doente Terminal**, expressas por 7 entrevistados. Todos estes referiram a relação próxima como facilitador da abordagem do tema, totalizando 14 UR. Dois destes entrevistados realçaram esta ideia referindo que a relação distante dificulta a abordagem do tema com o doente, em 2 UR.

A subcategoria ***família*** da categoria **Médico de Família** totaliza 13 UR, expressos por 5 entrevistados. Três entrevistados em 4 UR referiram a relação com o MF; 3 entrevistados em 6 UR realçaram a importância da substituição do doente terminal por um seu familiar junto do MF; 3 entrevistados em 3 UR destacaram a conspiração de silêncio.

Ambas as subcategorias ***idade*** e ***espiritualidade do Doente*** da categoria **Doente Terminal**, e ***expectativa profissional*** da categoria **Médico de Família** englobam 11 UR; a primeira expressa por 4 entrevistados; a segunda por 6 entrevistados; a terceira por 5 entrevistados. O Doente idoso é referido por 4 entrevistados em 6 UR como facilitador da abordagem deste tema; o inverso é referido por 3 entrevistados em 5 UR. Todos os 6 entrevistados que enumeraram alguma ideia relativamente à ***espiritualidade do Doente*** referiram ser um aspecto facilitador da abordagem deste tema com o doente. No que toca à ***expectativa profissional***, destaco o facto de a Morte estar associada a insucesso por

parte do médico; esta ideia dificulta a abordagem do tema Morte, uma vez que o Médico assume a sua incapacidade.

A **espiritualidade do MF** foi enumerada por 6 entrevistados em 10 UR. De uma forma geral, para os entrevistados que manifestaram alguma ideia sobre a sua espiritualidade, esta tem pouca influência relativamente à abordagem do tema com o doente. Exceptuam-se 2 entrevistados (com 4 UR), que vivenciam a sua espiritualidade, e para quem este aspecto é importante como facilitador da abordagem do tema.

Para finalizar a interpretação da tabela 1, com 5 UR aparece a subcategoria **estratégias** onde 2 entrevistados manifestaram alguma ideia (como forma de adaptação ao seu desconforto perante a abordagem do tema Morte com o doente); com 4 UR encontra-se a subcategoria **nível de consciência**, identificada no verbatim de 3 entrevistados – 2 destes (em 3 UR) destacam o doente consciente como dificultador da abordagem deste tema e 1 entrevistado (1 UR) destaca o oposto.

A maioria das proposições registadas diz respeito ao MF e seu contexto (160 UR). O doente e seu contexto influenciam menor número de registos (86 UR), levando a considerar que o doente influencia menos as vivências do MF no que diz respeito à abordagem do tema Morte do que o próprio médico.

Para uma compreensão simplificada da avaliação feita em cada categoria irei apresentar tabelas onde esquematizo a componente estatística e quadros com esclarecimentos sobre o que engloba cada subcategoria e respectivos exemplos das entrevistas, seguido da análise pormenorizada desse quadro. A identificação do número de entrevistados que contribuiu para cada subcategoria e sub-subcategoria reporta-se sempre à tabela 1. O quadro com todas as unidades de registo (UR) deste trabalho encontra-se no anexo 2.

**Tabela 2 – Esquema da Categoria Doente Terminal e suas divisões**

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	UR
<b>DOENTE TERMINAL</b> Alusões directamente relacionadas com este e que só deste dependem, variando se as características do Doente Terminal mudarem.	Idade	Jovem	5
		Idoso	6
	Nível de consciência	Consciente	3
		Inconsciente	1
	Relação com o tema	À-vontade	10
		Não à-vontade	17
	Relação com o MF	Próxima	14
		Distante	2
	Família	Apoio familiar	8
		Substituição	6
		Conspiração de silêncio	3
	Espiritualidade do Doente		11

Na categoria **Doente Terminal** a subcategoria que se destaca é a ***relação com o tema*** (total de 27 UR). É seguida pela ***família*** (total de 17 UR) e pela ***relação com o MF*** (total de 16 UR). A ***idade*** e a ***espiritualidade do Doente*** apresentam ambas 11 UR e a menos mencionada é o ***nível de consciência*** com 4 UR.

Estes elementos foram identificados como aqueles que mais influenciam a abordagem do tema Morte com o doente terminal no que diz respeito ao próprio doente.

**Quadro 1 – Exemplos da subcategoria IDADE**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<b>IDADE (11 UR)</b> Referências relativas à idade do doente e que influenciam a abordagem do tema Morte pelo MF.	Jovem (5 UR)	<i>"...acho que o que me custa mesmo é lidar com a morte em, em crianças, em jovens..."(B)</i> <i>"Angustiada senti-me, lembro-me sempre, de uma situação que era uma jovem, muito jovem, com uma neoplasia e, e aí senti-me, senti-me (inspirou) muito pequenina, muito mal por não poder fazer nada."(C)</i>
	Idoso (6 UR)	<i>"...se for uma pessoa de idade a falar nisso [no assunto Morte] eu penso que não, não..será uma coisa que talvez não me custe muito."(B)</i> <i>" Por serem pessoas que eu acho que já viveram a sua carreira, já estão chegadas ao fim do, do seu percurso, e me parece muito mais natural que terminem."(C)</i>

Quatro entrevistados (tabela 1) referiram proposições classificáveis na subcategoria **idade** (quadro 1); todos mencionaram o doente idoso, sendo comum associar a idade avançada do doente como um facilitador em abordar o tema com estes (6 UR); três entrevistados (em 5 UR) relacionaram o doente jovem com maior dificuldade em abordar o tema.

Três entrevistados (tabela 1) referiram o **nível de consciência** do doente terminal como influenciador da abordagem do tema Morte (quadro 2). Dois entrevistados, em 3 UR, mencionaram o doente consciente como dificultador da abordagem do tema e 1 entrevistado em 1 UR referiu o doente inconsciente como facilitador da abordagem do tema, uma vez que não tinha que abordar o assunto.



**Quadro 2 - Exemplos da subcategoria NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (4 UR)</p> <p>Inclui-se o grau de consciência do doente terminal, o seu estado de “acordado” perante a vida e o tema em si.</p>	<p>Consciente (3 UR)</p>	<p>"...que estão perfeitamente conscientes e, e eu abordo com eles a situação..." (C)</p> <p>"...os estados terminais que eu vejo que é, pode acontecer..a Morte pode acontecer a qualquer momento, é difícil principalmente se, se estão conscientes..."(D)</p> <p>"...custa muito quando estão muito conscientes..."(D)</p>
	<p>Inconsciente (1 UR)</p>	<p>"Que depois acabou por não ser tão difícil assim porque o doente tinha uma neoplasia cerebral e portanto depois entrou em...em estado de não consciencialização..."(G)</p>

**Quadro 3 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O TEMA (Doente)**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<p>RELAÇÃO COM O TEMA (27 UR)</p> <p>Referências às sensações que a abordagem do tema desperta no Doente terminal.</p>	<p>À-vontade (10 UR)</p>	<p>"Se é uma pessoa que esteja resignada, que a Morte para ela não seja nada de assustador, provavelmente não, acho que não é difícil lidar com isso nessa situação."(B)</p> <p>"...esse (doente) era daqueles que falava da Morte, falava da Morte e a Morte a ele não o incomodava, sabia para onde ia, essas coisas todas."(H)</p>
	<p>Não à-vontade (17 UR)</p>	<p>"...acho muito curioso quando da minha experiência de vida ver como ninguém aceita, ninguém! Acho curioso ver que não há ninguém, nem o mais velhinho.. não se aceita."(C)</p> <p>"Alguns nem sequer estão em fase terminal, mas a Morte é uma coisa que os assusta muito..."(H)</p>

Na subcategoria **relação com o tema** (quadro 3) identifiquei 2 grupos: os que se sentem confortáveis perante o tema – à-vontade, e aqueles que manifestam desconforto – não à-vontade. Sete entrevistados (tabela 1) identificaram a relação que o doente terminal tem com o tema influenciador da abordagem do mesmo com o doente. Cinco destes referiram que os doentes à-vontade facilitam a abordagem do tema (10 UR), e 7 entrevistados referiram o não à-vontade do doente relativamente ao tema como dificultador da abordagem do mesmo, perfazendo um total de 17 UR. Existe alguma assimetria nas referências a esta subcategoria. Alguns entrevistados realçam mais a importância desta subcategoria como influenciadora da sua decisão de abordar o tema e esta apreciação evidencia-se no número de UR presentes para alguns entrevistados (1 dos entrevistados com 7 UR relativamente ao não à-vontade do doente relativamente ao tema).

**Quadro 4 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O MF**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<b>RELAÇÃO COM O MF (16 UR)</b> Referências que suscitam características do relacionamento MF – doente ou a sua ausência, e a forma como a mesma interfere na abordagem do tema Morte.	Próxima (14 UR)	<p><i>"...duns doentes muito mais proximidade, porque é como tudo, uns tocam-nos mais, temos mais empatia, estamos mais próximos..."(G)</i></p> <p><i>"Tive um sr., também, com um tumor da pleura, uma pessoa excepcional que me custou muito acompanhar os últimos tempos, mas isso é porque há aqueles doentes a quem a gente se liga afectivamente se calhar mais do que devia..."(H)</i></p>
	Distante (2 UR)	<p><i>"No caso dos doentes muitas vezes nós não sabemos o que é que está por trás, não é. Não o conhecemos tão intimamente para saber o que é que havemos de dizer e se aquilo que havemos de dizer os vai ajudar ou se às vezes os vai pôr mais tristes e não vai ajudar nada nessa situação." (A)</i></p> <p><i>"É muito difícil dizer isso a uma pessoa que se esteja a ver pela primeira vez..."(I)</i></p>

Na subcategoria **relação com o MF** (quadro 4) encontro referências a um relacionamento mais forte, onde existe maior partilha entre as duas partes – próxima, e características ou ausência das mesmas, que leva os entrevistados a considerar a relação mais formal e de menor partilha entre as duas partes, mais estrita ao vínculo profissional – distante. Sete entrevistados (tabela 1) referiram esta subcategoria como influenciadora da abordagem do tema; em 14 UR foi identificada a relação próxima com o MF, na sua maioria como facilitadora da abordagem do tema Morte com o doente terminal, mencionado pelos 7 entrevistados. Dois dos entrevistados acentuaram esta facilidade reforçando que uma relação distante dificultava a abordagem do tema.

Na subcategoria **família** (quadro 5) é possível identificar 3 sub-subcategorias mais restritas tendo em consideração a relação da família com o doente. Proposições que relacionam o doente terminal e a sua relação com a família – apoio Familiar; proposições que permitem notar uma manifesta vontade de ocultar a verdade pela família ao doente terminal – conspiração de silêncio; proposições que denotam que a família substitui o doente terminal nas suas decisões – substituição. Seis entrevistados (tabela 1) manifestaram percepcionar a interacção família-doente terminal como influenciadora da abordagem do tema com o doente terminal e realçaram a importância do suporte familiar que o doente terminal tem da sua família como importante (8 UR), podendo esta relação ser favorável ou não à abordagem do tema. Três entrevistados (em 6 UR) assinalaram o aspecto da família tentar substituir o doente nas suas decisões como dificultador da abordagem do tema com o doente. A conspiração de silêncio, identificada por 2 entrevistados em 3 UR, é percepcionada como dificultadora da abordagem do tema.

**Quadro 5 – Exemplos da subcategoria FAMÍLIA (Doente)**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
FAMÍLIA (17 UR) Referências em que se associa o doente terminal à sua família.	Apoio Familiar (8 UR)	"...depende um bocado da envolvimento familiar e do tipo de família que eles têm..." (A) "...que tem um bom apoio familiar, isso facilita muito." (F)
	Substituição (6 UR)	"E às vezes até é a família que questiona mais do que o próprio doente." (A) "...a família anda por ali à volta, aa.. 90% da conversa é saber se vivem muito ou não, querem saber quanto tempo é que vivem, é uma coisa terrível [e riu]." (I)
	Conspiração de Silêncio (3 UR)	"...foi um caso que ninguém disse nada, a família recusava-se completamente a dizer seja o que for à sra., não me deixavam dizer fosse o que fosse, portanto a sra. tinha que estar na ignorância total..." (I) "...e a família não fala, isso então é que nunca quer falar nessas coisas hoje..A – Não quer falar consigo? T – Não, não. Com os doentes! Comigo falam logo! Logo que eu saio do doente e chego cá fora, eles caem todos, querem saber quanto tempo, a primeira coisa é se a pessoa vai viver muito tempo..." (I)

Seis entrevistados (tabela 1) referiram a **espiritualidade do Doente** (quadro 6) em 11 UR. Na sua maioria das proposições este elemento foi identificado como facilitador da aceitação da ideia Morte, com consequente facilitação da abordagem deste tema com o doente por parte do MF.

**Quadro 6 – Exemplos da subcategoria ESPIRITUALIDADE DO DOENTE**

Subcategoria	Exemplos
<p>ESPIRITUALIDADE DO DOENTE (11 UR)</p> <p>Referências a crenças, religiosidade ou Fé identificados pelos MF como presentes no seu doente terminal.</p>	<p><i>"Porque acho que as pessoas que acreditam, normalmente as religiões quase todas dão uma solução para a Morte, não é, quer dizer, a Morte terá uma explicação, terá uma razão de ser ee.. quem for religioso acho que se..se deve sentir mais protegido porque, pronto, há uma..há qualquer coisa na pessoa que se pode gasear e pronto, se é assim, e assim e não há volta a dar e não põe tantas questões, não se levantam tantas questões, não é. Aa..pronto, ou porque há uma vontade superior que o quis ou porque..não sei, acho que é mais fácil arranjar um suporte para as pessoas se apoiarem."(B)</i></p> <p><i>"Mas acho que é mais fácil a um católico aceitar a Morte e lidar bem com ela do que a pessoas que não são crentes."(H)</i></p> <p><i>"...porque as pessoas são crentes normalmente e até é bom; pronto, vão para uma vida melhor, vão..vão encontrar outras pessoas, sei lá, qualquer coisa. (...) Eu puxo muito para a religião, (...) é uma coisa que eu puxo muito e até incentivo as pessoas a se refugiarem nisso, porque é uma bengala, pronto, é um apoio. (...) E as pessoas são muito religiosas, normalmente. Mas é facilitador. É..nao, pois claro que é facilitador; porque nesse caso a Morte já não significa um fim, pode haver depois qualquer coisa, depois. "(I)</i></p>

Na categoria **Médico de Família** (tabela 3) foram identificadas 9 subcategorias: saliento as subcategorias **relação com o tema** (35 UR), **autorização para abordar o tema** (27 UR), **formação** (21 UR) e **ideias sobre a morte** (20 UR) como as subcategorias com maior número de ideias expressas. São elementos identificados por quase todos os entrevistados.

Seguem-se as subcategorias **circunstâncias pessoais** (18 UR), **família** (13 UR), **expectativa profissional** (11 UR) **espiritualidade do MF** (10 UR) e por fim **estratégias** (5 UR).

**Tabela 3 - Esquema da Categoria Médico de Família e suas divisões**

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	UR
<b>MÉDICO DE FAMÍLIA</b> Alusões directamente relacionadas com este e que só deste dependem, variando se o seu contexto variar.	Circunstâncias Pessoais		18
	Estratégias		5
	Relação com o tema	À-vontade	7
		Não à-vontade	28
	Autorização para Abordar o Tema		27
	Família	Relação com MF	4
		Substituição	6
		Conspiração de silêncio	3
	Formação	Presente	3
		Ausente	18
	Espiritualidade do MF		10
	Ideias sobre a Morte		20
	Expectativa Profissional		11

**Quadro 7 – Exemplos da subcategoria CIRCUNSTÂNCIAS PESSOAIS**

Subcategoria	Exemplos
<p><b>CIRCUNSTÂNCIAS PESSOAIS (18 UR)</b></p> <p>Engloba determinantes próprias/pessoais de cada MF que influenciam a sua maneira de estar e agir na vida profissional.</p>	<p>"Se calhar, tem um bocado a ver com a minha maneira de sentir as coisas, não é, e de sentir a vida..." (A)</p> <p>"...eu acho que o saber lidar com esta situação também, às vezes, depende da pessoa, do médico, não é, depende muito."(D)</p> <p>"Portanto, penso que é mesmo traço de personalidade. Acho que se tem que ter alguns traços muito especiais para lidar com estas situações e para poder transmitir, porque às vezes pode haver uma capacidade até de falar, pode haver até conseguirem fazer um personagem forte, mas a química de um doente nestas fases é uma química que tem um filtro muito fininho e capta quando um indivíduo está a dar uma pseudo força, ele capta a fragilidade do, do, do, do cuidador, do que presta cuidados, mas que está frágil. Ele capta isso tudo, e se ele capta que o próprio que está a comunicar não está forte a dizer-lhe as coisas é ainda mais fragilidade, sente o medo do outro sobre o medo dele. (...)Tem que haver uma aprendizagem, mas acho que exige um terreno muito especial para quem tem que viver essas situações."(E)</p> <p>"...se calhar até terei uma forma de, uma postura pouco usual."(E)</p>

Sete entrevistados (tabela 1) referiram algo sobre si próprio que influencia a sua maneira de estar neste assunto (quadro 7). Saliento o entrevistado E com 7 UR nesta subcategoria e cujas proposições são particularmente esclarecedoras da sua postura no tema Vida e no tema Morte.

**Quadro 8 – Exemplos de subcategorias de ESTRATÉGIAS**

Subcategoria	Exemplos
<p><b>ESTRATÉGIAS (5 UR)</b></p> <p>Engloba mecanismos de adaptação usados pelo MF para lidar com a abordagem do tema Morte.</p>	<p>"...tento desdramatizar um bocadinho e mostrar-lhes que não é tudo assim tão mau..." (A)</p> <p>"Agora, tecnicamente, tento não me envolver quando é a situação mesmo que eu tenho que falar com os familiares, aa....tento ser o mais aa..aa... pronto, correcta, tento falar com oo... tecnicamente, o mais correctamente possível, não é."(D)</p>

**Quadro 9 – Exemplos da subcategoria RELAÇÃO COM O TEMA (MF)**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<p>RELAÇÃO COM O TEMA (35 UR)</p> <p>Referências às sensações que a abordagem do tema desperta no MF.</p>	<p>À-vontade (7 R)</p>	<p>"Vivencio com serenidade, aa.. mas sentindo também que é um momento extremamente importante (...) Mas eu, pessoalmente, vivencio com serenidade e tento transmitir essa serenidade ao doente que tenho na minha frente."(C)</p> <p>"...e sempre lidei muito bem com essas situações..."(E)</p> <p>"Porque falo, não tenho problemas. Talvez as pessoas tenham esse tal tabu da Morte, ou tenham..eu não tenho problemas."(I)</p>
	<p>Não à-vontade (28 UR)</p>	<p>"Eu não uso muito a palavra Morrer; posso usar a palavra Morte, mas Morrer não costumo usar. A – Porquê essa opção, Dra.B? B – Porque eu acho que tem uma conotação assim um bocado de .. do fim..aa..o falar na Morte..."(A)</p> <p>"...também não sei se (e riu discretamente), se..hum..por um lado eu, eu acho que não lido muito bem com, com essa, pronto, com, com esse momento de..que tem a ver com, com acompanhamento dos doentes; mas realmente não, não lido muito bem." (B)</p> <p>"(sobre falar de Morte com doentes terminais)...porque realmente acho que não me sinto muito à vontade sobre isso..."(B)</p> <p>"...é um tema que não é fácil de, quando estamos de, quando somos confrontados com ele, não é fácil aa...nem para mim falar..."(D)</p> <p>"Eu acho que há, de uma maneira geral, socialmente uma dificuldade de lidar com com com a palavra e com a Morte em si..."(G)</p>

Na subcategoria **estratégias** (Quadro 8), 2 entrevistados (tabela 1) relataram alguma estratégia para lidar com este tema. Para um dos



entrevistados acaba por ser uma forma de gerir uma dificuldade, a abordagem deste tema, situação com a qual se sente desconfortável.

A relação do MF com o tema (quadro 9) interfere com a sua disponibilidade para o abordar. Os 9 entrevistados (tabela 1) identificaram qual a sua relação com o tema: apesar de 4 entrevistados terem manifestado no geral à-vontade com o tema, com 7 UR, apenas 1 apresentou mais proposições a reflectir o seu à-vontade, dado que nos restantes 3 foram também identificadas proposições de não à-vontade; em 2 deles as proposições que reflectem não à-vontade ultrapassam as do à-vontade. No entanto, todos os 9 entrevistados identificaram elementos de não à-vontade com a abordagem do tema, sendo esta uma das subcategorias com maior número de UR (28) e maior uniformidade entre todos os entrevistados.

**Quadro 10 – Exemplos da subcategoria AUTORIZAÇÃO PARA ABORDAR O TEMA**

Subcategoria	Exemplos
<p>AUTORIZAÇÃO PARA ABORDAR O TEMA (27 UR)</p> <p>Proposições com afirmações do MF relativas à sua apreciação do que consideraram ser a vontade do doente para abordar este tema, independentemente da manifestação do próprio.</p>	<p>"A sensação que me dá é que há doentes que não querem falar sobre o assunto, só querem é sentir-se apoiados, acompanhados, com o carinho dos familiares e sentir-se que estão em casa." (A)</p> <p>"...não indo é além do que eu vejo que o doente me está a solicitar e a pedir. Não sou eu que tomo a dianteira porque eu..o doente pode negar, pode querer iludir-se a si próprio; seja o que for que ele esteja a sentir em relação a esse momento fulcral e, e então eu também não vou eu adiantar-me a ele."(C)</p> <p>"Tento falar com eles sempre do que lhes está a acontecer, e sempre ver que perspectiva é que eles têm do que lhes está a acontecer. Mas não falo da morte se eles não quiserem falar da morte."(G)</p>

A maioria das apreciações reunidas na subcategoria **autorização para abordar o tema** (quadro 10) é subjectiva, baseada em atitudes e interpretações do comportamento do doente por parte do MF. Sete

entrevistados (tabela 1) referiram ter alguma percepção sobre a vontade do doente. Alguns entrevistados valorizaram mais esta percepção (2 entrevistados totalizaram 7 UR cada), outros menos (alguns entrevistados apenas 1 UR). De referir que esta percepção é frequentemente a justificação fornecida/encontrada pelo MF para não abordar o tema Morte com o seu doente terminal.

**Quadro 11 – Exemplos da subcategoria FAMÍLIA (MF)**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
FAMÍLIA (13 UR) Evidencia relações entre o MF e os elementos da família do doente terminal.	Relação com MF (4 UR)	"(a abordagem do tema Morte) Um pouco também apoiada pelos familiares que estão à volta e que me dizem algumas coisas..."(C) "Partilhei muito com a família, a esposa foi extraordinária, a filha também."(G)
	Substituição (6 UR)	"...embora seja de uma maneira mais camuflada, mas que abordo, que possa abordar e falar aa... com as pessoas, sejam os familiares, mais os familiares, a pessoa em causa normalmente evito, não é."(D)
	Conspiração de Silêncio (3 UR)	"Porque o médico que lhe fez o exame aa...pronto, isto começou..disse-lhe que tinha uma coisa grave, mas disse ao marido que era melhor falar comigo e não estar a esposa presente (e emitiu um leve sorriso). Embora lhe dissesse que teria que ir ser tratada, que tinha que ser operada. Mas, a gravidade da situação pediu ao marido para vir falar comigo, sem a esposa."(D)

Na subcategoria **família** (quadro 11), 5 entrevistados (tabela 1) referiram elementos sobre a família: 3 sobre a relação do próprio com a família; 3 sobre situações em que a família tentou decidir em vez do doente – substituição - e perante o MF; 3 que se encontraram enredados numa mentira que a família queria que fosse contada ao doente – conspiração de silêncio. Em todas 3 sub-subcategorias se destaca o entrevistado I, aquele que referiu na sua experiência profissional ser quem maior número

de domicílios faz e com a ideia mais formada sobre o valor da família neste processo e nas suas vivências; também aquele com a visão mais negativa sobre o papel da família na história do doente terminal.

**Quadro 12 – Exemplos da subcategoria FORMAÇÃO**

Subcategoria	Sub-subcategoria	Exemplos
<p><b>FORMAÇÃO</b></p> <p>Referências à formação (aquisição de conhecimentos) nesta área e sua valorização pelos entrevistados.</p>	Presente	<p>"...se calhar o que mais determinou a colheita desses retalhos é também a minha pessoa porque é a intercepção das coisas, do que eu leio, porque leio fundamentalmente, porque li..acho que os meus maiores amigos nesta área: um deles é um sr. extraordinário, chama-se Louis Powels, participou em Maio de 68 e é um belga que tem uns pareceres sobre várias coisas e em relação à Morte tem uma frase que é realmente extraordinária, que é "saber Morrer, perceber Viver"; nunca esqueci essa frase; primeira vez que a li ainda era estudante de Medicina, já andava nas minhas buscas e tinha 22 anos."(E)</p> <p>"Acho que é das próprias leituras.. da vida, dos livros, da minha forma de estar."(G)</p>
	Ausente	<p>"...ao longo de toda a nossa formação nunca ninguém nos falou nisso nem acho que nunca tive nenhuma disciplina em que nos falassem disso, portanto, realmente isso acaba por ser um bocadinho o que é que as pessoas sentem pessoalmente..."(B)</p> <p>"Acho que nós temos, acho que, pronto, não, não temos preparação..."(D)</p> <p>"Eu não sei se estou a fazer bem ou não, sei lá!"(I)</p>

Sete entrevistados (tabela 1) identificaram elementos relativos a **formação** (quadro 12), 3 como presente (e neste caso como facilitador da abordagem do tema Morte com o doente terminal) e 6 entrevistados identificaram limitações nesta área a influenciar negativamente as suas

vivências nesta área por falta de experiência e de conhecimento sobre como fazer – ausente, 1 dos entrevistados contabilizando 7 UR relativas à ausência de formação; este mesmo entrevistado identificou ao longo da entrevista esta área profissional como deficitária e concluiu pela necessidade de investir profissional e pessoalmente nesta área para uma melhoria do seu desempenho.

**Quadro 13 – Exemplos da subcategoria ESPIRITUALIDADE (MF)**

Subcategoria	Exemplos
ESPIRITUALIDADE Crenças, fé e ideias próprias (suas) sobre religiosidade.	<p><i>"...eu tenho neste momento, eu tenho fé. Acredito aa num plano divino para acabar com este tipo de vida, a terminar em Morte. Pronto, são as minhas considerações."(C)</i></p> <p><i>"...também..eu..sou uma mulher de fé!(...) Portanto, meto sempre um bocadinho de dose dessa fé. É fé, não me é.. inexplicável."(E)</i></p> <p><i>"Agora em termos religiosos, tenho muita dificuldade em falar sobre isso porque sou ateu, não é; mas, pronto, sei de religião, quer dizer, percebo de religião e sei bem o que é que é o Cristianismo e pronto, sei, é evidente, pronto. Fui educado nisso, mas depois é uma questão que me interessa; mas pronto, isso é consigo abordar isso sob o aspecto religioso, apesar de não sentir aquilo que estou a dizer (disse de uma forma discretamente jocosa), para mim é uma frieza muito grande a parte da religião, mas exorto, vou buscar isso para, para consolar as pessoas..."(I)</i></p>

Seis entrevistados (tabela 1) manifestaram alguma ideia sobre a sua espiritualidade (quadro 13); apenas em 2 entrevistados, 1 deles com 3 UR nesta subcategoria, essas convicções religiosas eram facilitadoras da abordagem do tema Morte; nos restantes o papel da espiritualidade não reflectia qualquer tendência na abordagem do tema em questão, por vezes apenas servindo de aproximador do doente – empatia. Apenas os 2 entrevistados referidos atrás mencionaram viver a sua espiritualidade também no desempenho da sua profissão e como ferramenta da mesma.

**Quadro 14 – Exemplos da subcategoria IDEIAS SOBRE A MORTE**

Subcategoria	Exemplos
<p><b>IDEIAS SOBRE A MORTE</b></p> <p>Elementos referidos pelos MF como sendo a forma como encaram a Morte e como este tema interfere na sua existência.</p>	<p>"Aa..eu tenho...se calhar uma maneira de ver a Morte e o fim da vida, para mim, que é o que é para mim, de uma maneira um bocadinho (pensando...) se calhar tenho alguma dificuldade em lidar, em lidar com a situação e com, não é conjuntos, mas com...como é que eu posso explicar, deixa-me pensar, o que é que eu posso...(pausa em silêncio de 3 segundos). Eu tenho alguma dificuldade em falar..." (A)</p> <p>"Acho que é uma coisa perfeitamente natural chegarmos ao fim. Todos temos dificuldade em aceitar mas é natural..."(C)</p> <p>"...noutras situações é um pouco complicado eu estar a dizer à pessoa que, ou por talvez ser cultural, nós não abordarmos o assunto ou a Morte como sendo uma situação natural mas não falarmos aa.. da Morte aa.. abertamente aa.. acabo por aa.. por transmitir mais um pouco de confiança, de esperança porque acho que as pessoas agarram-se muito à Vida, pronto, ao que têm de, ao, podem ter muito pouco mas, pronto, agarram-se a essa parte."(D)</p>

Oito entrevistados (tabela 1) manifestaram ter alguma ideia sobre a Morte (quadro 14). O entrevistado a manifestar maior número de ideias (5 UR) é também o MF com maior número de vivências tranquilas na abordagem do tema Morte, apresentando uma ideia amadurecida sobre este assunto. Para os restantes entrevistados a referirem alguma ideia sobre a Morte, estas contribuíam para a sua dificuldade relativamente à abordagem do tema e eram ideias com teor negativo relativamente à Morte.

Relativamente à **expectativa profissional**, 5 entrevistados (tabela 1) associaram a sua dificuldade em abordar o tema Morte ao sentimento de dever falhado, de não ter conseguido salvar o doente. Para um dos entrevistados com maior dificuldade na abordagem deste tema com o seu

doente terminal, o sentimento de insucesso estava bem patente nas suas 6 UR relativamente a esta subcategoria.

**Quadro 15 – Exemplos da subcategoria EXPECTATIVA PROFISSIONAL**

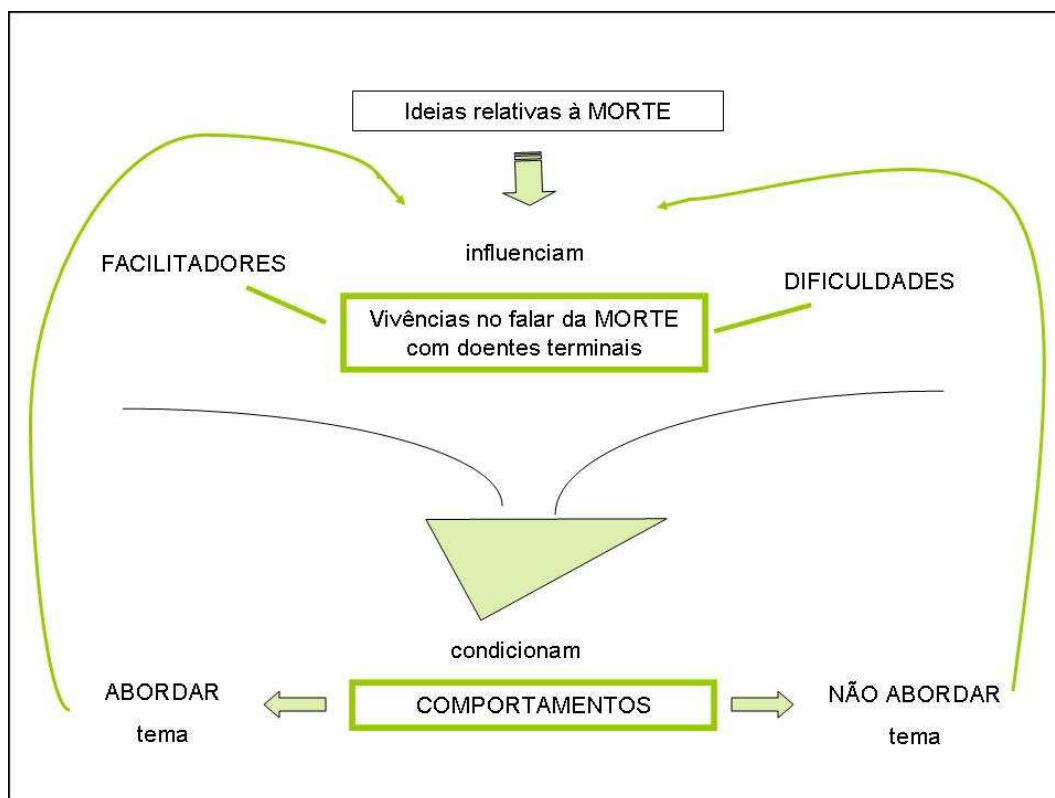
Subcategoria	Exemplos
<p>EXPECTATIVA PROFISSIONAL</p> <p>Sentimentos associados a ter que abordar o tema Morte numa perspectiva profissional</p>	<p>"Os sentimentos são, se calhar, um misto (silêncio de 1 segundo) de incapacidade que eu sinto como Médica de não conseguir resolver algumas coisas que se calhar deveríamos conseguir resolver para que as situações não fossem, não fosse já uma fase terminal, não é, às vezes pôr em questão se não haveria situações que se poderiam ter, depende das situações clínicas, como é óbvio, às vezes é assim um misto de mágoa por não se conseguir fazer mais alguma coisa ou não se ter conseguido fazer um diagnóstico mais precoce..." (A)</p> <p>"...sentir que podia fazer muito pouco por ela, não é, porque no fundo ela via-se aflita porque o sr. tinha dores que não passavam com nada e, e a minha situação, quer dizer, eu não podia fazer muito mais."(B)</p> <p>"É assim, eu como médica de família dediquei-me aqui à medicina preventiva, não é, aa..pronto, ver que há um fim e muitas vezes não, pronto, muitas vezes em pessoas até novas, não é, que não é suposto irem tão cedo, não é, e vemos, pronto, que realmente temos que dar más notícias e que não temos muito a oferecer, não é, é complicado."(F)</p>

## Discussão

### 1 – Sumário dos achados principais

Todos os MF entrevistados apresentam algum tipo de vivência relativamente à abordagem do tema Morte com os seus doentes em fim de vida. E a maior parte dos elementos relatados nas suas vivências condiciona um comportamento – a abordagem ou não deste tema junto do doente. (figura 1)

**Figura 1 – Esquema interpretativo da análise da informação**



Vários elementos foram referidos pelos entrevistados como influenciadores deste comportamento, ao mesmo tempo, não sendo por isso consequência apenas de um elemento mas sim de um conjunto. Do somatório dos vários factores enunciados por cada entrevistado surge um comportamento; este comportamento influencia futuras vivências nesta área. Para cada doente o comportamento é variável, uma vez que também depende de elementos específicos de cada doente.

Portanto, cada vivência depende de elementos relativos ao entrevistado e ao doente terminal.

As vivências futuras, para além dos elementos referidos vão também ser influenciadas pelas vivências passadas.

De uma forma global, a maior parte dos entrevistados não aborda o tema Morte com os seus doentes em fim de vida.

O contexto pessoal de cada MF, as suas experiências passadas e o seu crescimento pessoal e profissional são o principal condicionador de cada comportamento individual. Todos os entrevistados referem algum tipo de desconforto na abordagem deste tema com o seu doente – na grande

maioria dos casos, sentimento esse que condiciona a não abordagem do tema junto do doente. Em alguns entrevistados, este desconforto surge acompanhado da convicção de que abordar este tema pode prejudicar o doente, causando um stress emocional adicional e condicionando a Esperança no futuro.

*“...mas eu aqui tenho que colocar-me numa outra posição de transmitir um pouco de confiança e esperança para, principalmente os casos de doenças neoplásicas conseguirem aceitar os tratamentos e não perderem a confiança e a vontade de viver.”(D)*

A Morte é globalmente vista como algo triste, difícil, como um fim.

A relação do doente e do MF com o tema Morte, principalmente o não estar à-vontade, condicionam a abordagem do tema – justificando com frequência o comportamento de não abordar o tema.

Outro factor referido como importante para este comportamento é a vontade do doente – nem sempre verbalizada pelo doente, com frequência percebida por cada um dos MF a partir de atitudes e discurso do doente.

A espiritualidade do doente, principalmente o ser católico, promove alguma tranquilidade no MF. São doentes que conseguem perceber o sentido da Morte, se apresentam mais tranquilos face ao tema e ao seu próprio futuro e não questionam tanto o MF.

A espiritualidade do MF nem sempre consegue o mesmo efeito sobre este. Apenas nos entrevistados (C, E e H) com vivências espirituais mais presentes na sua vida pessoal, a espiritualidade se revelou como facilitador da abordagem deste tema; principalmente se concomitantemente na história passada do entrevistado (C e E) existia alguma experiência de proximidade com a Morte. Com frequência, revelou-se para os entrevistados mais importante a ideia e o peso social que a Morte tem como dificultador da abordagem do tema.

Vários entrevistados referiram a falta de formação nesta área como um limitador importante – não se sentem preparados, não sabem como fazer, têm receio de não estar a abordar o tema da forma correcta, fazem-no de



forma empírica. Um dos entrevistados (B), perante a consciencialização desta dificuldade concluiu pela necessidade de investir pessoal e profissionalmente na mesma, por forma a melhorar o seu desempenho. Em outros, esta dificuldade condicionou comportamentos de fuga e de não abordagem do tema, de conspirações de silêncio com a família.

A família do doente é de uma forma geral vista como um apoio para o doente, uma estrutura que deve ser um suporte. No entanto, em algumas situações, a família sobrepõe-se ao doente, decidindo pelo próprio e condicionando a possibilidade de intervenção do MF. Este aspecto foi salientado pelo entrevistado (I) com maior experiência na área de domicílios – referindo que em várias circunstâncias é a família do doente que impede a abordagem deste tema com o doente por parte do MF.

Outra dificuldade referida pelos entrevistados é a Morte ser vista como um fracasso profissional e não como um etapa natural da vida de qualquer ser.

De uma forma global, os entrevistados não percebem a abordagem deste tema com o doente em fim de vida como importante na sua qualidade de vida; é deixado à consideração do doente abordar ou não o tema. Até porque é globalmente visto como uma tarefa difícil para a maioria dos entrevistados.

O médico, seu contexto e vivências anteriores influenciam mais a sua atitude face ao tema Morte do que o próprio doente.

Os entrevistados com maior dificuldade em responder às questões da entrevista tiveram um discurso menos fluido, com mais quebras e momentos de gaguejar.

## **2 – Comparação com a literatura existente**

Ao contrário do que se percebe das entrevistas realizadas, a literatura consultada é unânime na importância que a Comunicação desempenha para os doentes em fim-de-vida, principalmente para a sua Qualidade de Vida. E esta valorização sobressai em vários estudos: com a avaliação das dificuldades encontradas pelos médicos, dos programas de formação pré-graduada e pós-graduada e das necessidades comunicacionais do doente terminal. 1, 4, 12, 17, 19, 20, 21

A inexistência de Comunicação na área de Cuidados Paliativos, nomeadamente no que diz respeito a Directivas Avançadas, Morrer e Morte pode resultar em intervenções indesejadas e na não concretização de projectos importantes e despedidas.<sup>3, 22</sup> A Comunicação realizada de forma menos honesta, alegadamente para proteger a manutenção da Esperança, pode: originar comportamentos desadequados e não realistas por parte do doente; ocasionar conspirações de silêncio e atitudes de sobreprotecção por parte da família e até do próprio médico; impedir a construção de uma Esperança realista, da autonomia do doente, com objectivos concretizáveis face à sua situação clínica.<sup>2, 6, 20, 21</sup> Os doentes, na sua maioria, esperam que o seu médico seja honesto e ao mesmo tempo sensível na partilha da informação.<sup>21</sup> São os médicos que apresentam alguma dificuldade na valorização da Esperança realista, e esse facto está presente nas minhas entrevistas, mas também na literatura. Quando o doente se apercebe que o seu médico não consegue enfrentar a verdade da sua doença, esse facto pode potenciar o seu medo da situação.<sup>20</sup>

O exposto no último parágrafo não invalida uma constatação presente nas entrevistas realizadas, mas também na literatura, e que diz respeito à quantidade de informação que o doente pretende obter, ao respeito pela sua autonomia individual. Esta questão implica que se deve avaliar a vontade do doente regularmente, mas em momentos diferentes da sua doença e respeitar a sua vontade relativamente à quantidade e tipo de informação que pretende.<sup>20</sup>

A proximidade na relação médico-doente foi identificada pelos entrevistados como um aspecto importante para a Comunicação sobre o tema Morte. Na literatura consultada, também o doente identifica que a confiança no seu médico depende da relação prévia estabelecida, principalmente se implicar empatia e compaixão por parte do médico; e mesmo quando tratamentos curativos já não são uma possibilidade, a proximidade relacional com o médico pode ser uma importante fonte de conforto para o doente.<sup>6</sup>

As dificuldades nesta área são variadas, e tanto os entrevistados como a literatura sublinham a importância da formação nesta área. Não interessa

apenas depositar informação, importa que tanto a forma como o conteúdo da informação estejam adequados ao doente.<sup>3</sup> Ao contrário de outras capacidades médicas, a Comunicação nesta área requer múltiplas tentativas e fracassos até atingir o ponto em que é tanto efectiva como envolvida em compaixão.<sup>14</sup> Não interessa “pedir a outra colega” como referia um dos entrevistados, mas sim adquirir experiência própria. E nesta questão a formação assume uma importância indiscutível. Não só a que podemos recolher da experiência de outros colegas como refere Groot et al. na sua investigação, como a que podemos obter de programas desenhados para este propósito na forma de formação pós-graduada.<sup>17, 19</sup> A formação é essencial para o médico se sentir à-vontade numa tarefa fundamental em Cuidados Paliativos, e que ao mesmo tempo implica marcado desconforto.<sup>7, 17, 19</sup> Esta formação deve abranger capacidades de comunicação centradas no doente.<sup>5</sup>

No que diz respeito ao MF e à importância do seu papel em Cuidados Paliativos primários, como são designados pela literatura, Mahmood-Yousuf et al., numa investigação sobre relações interprofissionais, verificou que os contactos regulares da equipa clínica com doentes e seus familiares era considerado por estes como tranquilizador e inspirador de confiança. Promovia a partilha de necessidades sociais, espirituais e emocionais por parte dos doentes.<sup>23</sup> Hermesen salienta que alguns problemas morais podem ser ultrapassados pela relação estabelecida entre MF e doente (e até família).<sup>16</sup> Reforçam a importância das visitas domiciliárias e principalmente o conhecimento holístico do doente, essencialmente ao alcance do MF e por isso fazendo deste um elemento primordial na melhoria da Qualidade de vida do doente terminal, principalmente ao nível da Comunicação.

Valorizado pelos entrevistados, a componente espiritual do doente é referida por Pembroke no seu trabalho sobre cuidados espirituais, referindo que a avaliação espiritual reflecte uma preocupação holística do doente e transmite ao doente que a sua espiritualidade é reconhecida como uma parte importante da sua vida e também significativa no contexto da sua doença e do cuidado que lhe é dado.<sup>24</sup>

## **Conclusão**

Da investigação realizada saliento: os MF entrevistados dificilmente abordam o tema Morte com os seus doentes terminais; as vivências dos MF são condicionadas por receios e percepções baseadas nos seus próprios conceitos pessoais e falta de preparação nesta área, o que dificulta a abordagem deste tema, e por cada doente individualmente; a dificuldade que os entrevistados apresentam na área da Comunicação, principalmente do tema Morte.

Os pontos fortes a destacar na minha investigação são: o tema proposto pela ausência de investigação (publicada) na área da comunicação em Cuidados Paliativos por parte dos MF (ou qualquer outra especialidade médica); o tipo de entrevista (permite uma avaliação ampla do ponto de vista de cada entrevistado, permitindo a entrada de ideias novas no trabalho); o tipo de amostragem (em bola de neve).

Como limitações do meu trabalho assinalo: não poder generalizar as conclusões; o número de entrevistas (apenas nove entrevistas num universo de vários milhares de MF em Portugal); ausência de investigação nesta área que orientasse a recolha de informação.

Destaco algumas dificuldades que condicionaram o meu desempenho: o tempo que mediou desde a apresentação do projecto até ao início da realização do mesmo por falta de orientador; o agendamento das entrevistas tendo em consideração as agendas ocupadas tanto a mestranda como dos entrevistados; a dificuldade na aquisição rápida de bibliografia (procurar, solicitar e esperar a sua recolha – atrasa a fluidez do trabalho).

Por outro lado, assinalo como importante o método de orientação – ajustado ao mestrando – facilita o seu trabalho e mantém a sua motivação (no meu caso, agendamento de reuniões e tarefas por reunião – objectivos estabelecidos).

A falta de preparação do MF na área da Comunicação é um importante limitador do seu trabalho junto de doentes em fim de vida e justifica um

investimento na formação nesta área, principalmente na formação de jovens especialistas de MGF. Mas também é importante a formação dos colegas mais antigos, para que possam reavaliar a importância dada a esta área, por muitos ainda desconhecida como importante em Cuidados Paliativos. E até mesmo a partilha de experiências e conhecimentos entre colegas.<sup>12, 19</sup>

O MF pode desempenhar um papel essencial na melhoria da Qualidade de vida dos seus doentes terminais pelo conhecimento holístico que detêm do utente e seu contexto ao longo dos anos de relação que estabeleceram, o que lhe permite uma confiança e empatia difíceis de estabelecer com colegas de especialidades hospitalares. A sensação de ser acompanhado, de sentir que se pode falar de tudo, que se é escutado pelo seu MF, traz ao doente uma sensação de confiança e tranquilidade, de Esperança realista. O mesmo acontecendo com os familiares, que assim poderão verbalizar os seus receios e medos e serem esclarecidos. Cuidar de doentes terminais pode ser um desafio, e quando bem conseguido pode transformar-se numa experiência gratificante e de valorização pessoal para o Médico.<sup>6</sup>

O conceito social e paradigma da Morte estão presentes na visão que os entrevistados apresentam sobre este tema e que posteriormente influencia o seu comportamento.

A falsa Esperança e a Esperança não realista podem promover comportamentos desadequados no doente, nomeadamente impedindo-o de fazer as suas despedidas e disposições finais, resolver os seus assuntos pendentes e concretizar projectos.<sup>2, 6, 20, 21</sup>

Este trabalho permite uma primeira avaliação das dificuldades encontradas nesta área junto de alguns MF de Portugal. Mas é necessário estender esta avaliação a um conjunto maior de MF, eventualmente com a formulação de um questionário que possa ser aplicado de forma mais rápida e os dados possam ser trabalhados de forma quantitativa. E posteriormente a todos os médicos que lidam com doentes terminais.

## **Bibliografia**

- 1 – Borreani C, Brunelli C, Miccinesi G, Morino P, Piazza M, Piva L, Tamburini M. Eliciting Individual Preferences About Death: Development of the End-of-Life Preferences Interview. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(4): 335-350.
- 2 – Tulsky JA. Beyond Advance Directives – Importance of Communication Skills at the End of Life. *JAMA* 2005; 294,3:359-365.
- 3 – Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM. Opening the Black Box: How Do Physicians Communicate about Advance Directives? *Ann Intern Med.* 1998; 129:441-449.
- 4 – Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable câncer. *Br J Cancer* 2009; 101:759-764.
- 5 - Roter DL, Larson S, Fischer GS, Arnold RM, Tulsky JA. Experts Practice What They Preach – A Descriptive Study of Best and Normative Practices in End-of-Life Discussions. *Arch Intern Med.* 2000;160:3477-3485.
- 6 - Balaban RB. A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care. *J Gen Intern Med.* 2000;15:195-200.
- 7 - Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating With Dying Patients Within the Spectrum of Medical Care From Terminal Diagnosis to Death. *Arch Intern Med.* 2001;161:868-874.
- 8 – Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Sakkas P, Soldatos C. Life before death: identifying preparatory grief through the development of a new measurement in advanced câncer patients (PGAC). *Support Care Cancer* 2005; 13:834-841.
- 9 - Trotta RL. Quality of Death: A Dimensional Analysis of Palliative Care in the Nursing Home. *J Palliat Med.* 2007; 10(5):1116-1127.
- 10 - Riley JW. Dying and the meanings of Death: Sociological Inquiries. *Ann Rev Sociol.* 1983; 9:191-216.

- 11 - Wood K, Robinson PJ. Fear of Death in a Sample of Physicians. *Can Fam. Physician* 1984; 30:416-420.
- 12 – Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, Zulian G. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. *Palliat Med* 2008; 22:730-735.
- 13 - McWhinney IR. A textbook of Family Medicine. Oxford (USA): Oxford University Press; 1989. p. 86-110.
- 14 – Jackson VA, Mack J, Matsuyama R, Lakoma MD, Sullivan AM, Arnold RM, Weeks JC, Block SD. A Qualitative Study of Oncologists' Approaches to End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11:893-903.
- 15 - Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. *WONCA EUROPA* 2002.
- 16 – Hermsen MA, ten Have HAMJ. Moral problems in palliative care practice: A qualitative study. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003; 6:263-272.
- 17 – Groot MM, Vernooij-Dassen MJFJ, Verhagen SCA, Crul BJP, Grol RPTM. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliat Med* 2007; 21:697-703.
- 18 – Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Edições 70; 2008.
- 19 – Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsky JA. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. *Arch Intern Med* 2007; 167:453-460.
- 20 - Clayton JM, Hancock K, Parker S, Butow PN, Walder S, Carrick S, Currow D, Ghera D, Glare P, Hagerty R, Oliver IN, Tattersall MHN. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2008; 17:641-659.
- 21 - Leydon GM. "Yours is potentially serious but most of these are cured": optimistic communication in UK outpatient oncology consultations. *Psycho-Oncology* 2008; 17:1081-1088.
- 22 – Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Desbiens N, Lynn J, Phillips RS. Patient Preferences for Communication with

Physicians about End-of-life Decisions. *Ann Intern Med.* 1997; 127(1): 1-12.

23 – Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *Br J Gen Pract* 2008;256-263.

24 – Pembroke NF. Appropriate Spiritual Care by Physicians: A Theological Perspective. *J Relig Health* 2008; 47:549-559.

#### Bibliografia de Apoio

Denise FP, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (Brasil): Artmed; 2004.





## **Anexo 1**



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Sofia Santiago Morais, encontro-me a frequentar o I Mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade Católica Portuguesa do Porto e estou a desenvolver um estudo sobre a abordagem do tema Morte com Doentes em fim de vida.

O objectivo deste estudo é explorar as vivências dos Médicos de Família nesta área.

No âmbito deste estudo estou a proceder a uma entrevista, para a qual solicito a sua colaboração. Todas as informações que o(a) senhor(a) me fornecer permanecerão confidenciais e serão usadas somente para este estudo, sendo posteriormente eliminadas.

A sua participação é completamente voluntária. É livre de desistir do estudo em qualquer etapa do mesmo, sem prejuízo da investigação.

Assinatura:

---

Eu,

\_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: ***“Vivências dos Médicos de Família na abordagem do tema Morte com Doentes em fim de vida”*** e concordo em participar.

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2**

Doente Terminal	Idade	Jovem	<p>"...quando se está perante a morte de uma pessoa jovem também acho que é, não é muito fácil." (B)</p> <p>"...acho que o que me custa mesmo é lidar com a morte em, em crianças, em jovens..."(B)</p> <p>"Angustiada senti-me, lembro-me sempre, de uma situação que era uma jovem, muito jovem, com uma neoplasia e, e aí senti-me, senti-me (inspirou) muito pequenina, muito mal por não poder fazer nada."(C)</p> <p>"(relativamente a uma jovem com neoplasia em estado terminal) porque acho que eu sentia (inspiração profunda) sentia sentimentos, direi, não racionais, do género de me apetecer pegar na jovem e lhe dizer “vive! Não morras!” coisas que não, não posso fazer, não posso dizer, não tenho consequência nenhuma, são absolutamente só emocionais, mas que eu sentia, isso sentia! E portanto é natural que isso alterasse um bocadinho a sere..a serenidade que eu habitualmente sinto que consigo transmitir aos doentes."(C)</p> <p>"(relativamente a elementos que dificultem a abordagem do tema Morte)...principalmente se são pessoas jovens..."(D)</p>
		Idoso	<p>“Se calhar mais fácil, houve uma situação de um doente já há muitos anos, que o doente, já era um doente de idade, talvez na altura já de uns 70 anos” (A)</p>

			<p>"...se for uma pessoa de idade a falar nisso (no assunto Morte) eu penso que não, não..será uma coisa que talvez não me custe muito."(B)</p> <p>"...olhar para uma vida que foi longa e que de certeza foi rica em muitas experiências; portanto isso acho que se calhar não me causa assim nenhum mal-estar em especial."(B)</p> <p>"...como a maioria das vezes também são pessoas com mais idade, com idade mesmo, aa.. não sinto angústia, estou serena, tento transmitir essa serenidade..."(C)</p> <p>" Por serem pessoas que eu acho que já viveram a sua carreira, já estão chegadas ao fim do, do seu percurso, e me parece muito mais natural que terminem."(C)</p> <p>"...quando são pessoas já com uma certa idade, embora seja, é mais fácil aceitar..."(D)</p>
	Nível de consciência	Consciente	<p>"...que estão perfeitamente conscientes e, e eu abordo com eles a situação..." (C)</p> <p>"...os estados terminais que eu vejo que é, pode acontecer..a Morte pode acontecer a qualquer momento, é difícil principalmente se, se estão conscientes..."(D)</p> <p>"...custa muito quando estão muito conscientes..."(D)</p>
		Inconsciente	<p>"Que depois na acabou por não ser tão difícil assim porque o doente tinha uma neoplasia cerebral e portanto depois entrou em...em estado de não consciencialização..."(G)</p>
	Relação com	À-vontade	<p>" ...mas era um doente que tinha uma postura de vida muito engraçada, muito</p>

	o Tema	<p>sereno, ele era uma pessoa muito serena, e eu acho que isso facilitou um bocadinho a abordagem" (A)</p> <p>"...alguns ..aa.. pronto, se calhar aceitam de uma maneira mais ..aa.. serena, e outros, se calhar não, portanto." (A)</p> <p>"Mas de uma maneira muito serena porque ele não questionava muito, não punha muitas dúvidas sobre o que lhe podia acontecer, porque entendia que aquilo era uma evolução normal da doença dele, mas que ele encarava de uma maneira muito natural e muito serena, portanto, isso não o perturbava muito. (...) A perspectiva dele da Morte era uma coisa assim muito serena, que ele compreendia muito bem e dava ideia até que aceitava muito bem. Por isso não foi uma situação muito complicada, embora ele não verbalizava muito a Morte, assim directamente ..aa.. mas a maneira como ele falava dele e do que sentia, ele aceitava isso de uma maneira natural." (A)</p> <p>"... depende um bocadinho da maneira como o doente vê a Vida..." (A)</p> <p>"Se é uma pessoa que esteja resignada, que a Morte para ela não seja nada de assustador, provavelmente não, acho que não é difícil lidar com isso nessa situação."(B)</p> <p>"Toda a vivência que eu tive com doentes, o que me resta dessas vivências, apesar de situações ingratas, é verdades lindas, asserções espectaculares independentemente do grau de diferenciação, de literacia, do doente, fabulosas! Que</p>
--	--------	---

			<p>acho que há um discernimento mais vezes nas pessoas, sejam qual for o grau de diferenciação delas, acho que ficam com um discernimento muito especial, passado depois aquele tumulto, que há sempre o período de revolta e de raiva e do porquê eu."(E)</p> <p>" Muitas vezes..o que é que facilita, é quando eles realmente..quando eles abordam mesmo sem nenhum problema da parte deles, facilita muito, a iniciar a conversa abertamente."(H)</p> <p>"...esse (doente) era daqueles que falava da Morte, falava da Morte e a Morte a ele não o incomodava, sabia para onde ia, essas coisas todas."(H)</p> <p>" ela (a doente terminal) dizia “eu vou Morrer, já me falta pouco tempo” e eu dizia “sim, não falta muito, mas se calhar o tempo que está cá vai estar bem, está aqui com a sua irmã, a sua irmã gosta muito de a ter aqui” essas coisas; acho que foi um caso sereno, sereno, em que a pessoa realmente aceitou bem a sua situação, já estava mentalmente preparada para isso."(H)</p> <p>"...acabo por dizer; e pela minha experiência também as pessoas a quem eu tenho dito isso parece que ficam mais descansadas, mais aliviada (...)Que é um caso terminal e que..que a esperança de vida será muito pouca, muito pouca. A ideia que eu tenho é que muitas pessoas..inclusive há pessoas que dizem mesmo “tirou-me um peso de cima de mim, porque eu calculava, já, e ninguém me dizia”. Quando eu</p>
--	--	--	--



			penso que as pessoas vão ficar em pânico ou isso; mas não, parece que há um descansar, porque as pessoas estão a sofrer e isso..é uma sensação estranha..."(I)
		Não à-vontade	<p>"E se calhar são esses que também não querem falar muito e que negam um bocadinho a situação em que estão clínica e de fase terminal de uma doença." (A)</p> <p>"...às vezes acontece ir lá por nada em termos clínicos directos, não é, ir só para conversar um bocadinho com o doente e ver se está bem e o que é que fez hoje; se está sol lá fora, se o tempo está bom e de outras coisas que não têm a ver propriamente com Medicina, não é." (A)</p> <p>"Mas é mais fácil do que quando, em termos emocionais, na família e no próprio doente, às vezes eles estão um bocadinho mais revoltados ou tentam negar um bocadinho mais a situação." (A)</p> <p>"Às vezes há doentes que não entendem que a situação deles não consegue ser controlada, em termos de queixas de uma maneira óptima, não é." (A)</p> <p>"...quando a situação do doente é mais complicada e ele tem consciência disso, é mais difícil abordar, porque por muito que se aborde o tema de uma maneira genérica, acaba por ser personalizada naquele doente, não é." (A)</p> <p>"Se for uma pessoa que não queira mesmo morrer, se calhar é complicado conseguir falar com uma pessoa assim, não é.(...) Se for uma coisa em que o doente recusa mesmo, não quer aceitar, acho que já não é fácil."(B)</p>

			<p>"...acho muito curioso quando da minha experiência de vida ver como ninguém aceita, ninguém! Acho curioso ver que não há ninguém, nem o mais velhinho.. não se aceita."(C)</p> <p>"...processo de negação eu tenho visto sempre muitos doentes, mas a sair dela, não é."(E)</p> <p>"...como é que o doente vai aceitar, o que é que ele pensa, o que é que..como é que vai reagir."(F)</p> <p>"Alguns nem sequer estão em fase terminal, mas a Morte é uma coisa que os assusta muito..."(H)</p> <p>"Eu às vezes não percebo muito bem porque é que as pessoas me chamam! Porque há pessoas que estão em fase terminal durante 2 ou 3 meses e às vezes querem quase que nós vamos lá uma vez por semana (...) parece que as pessoas ficam mais descansadas se vier o médico..."(I)</p> <p>"...mas há outra parte, que é a parte do doente terminal. Não é tão frequente, as pessoas têm..fogem muito à questão."(I)</p> <p>"...aparentemente, com a nossa conversa com eles...parece que eles não têm, ou parecerá que ignoram ou fingem ignorar que estão numa fase terminal e que é só uma doença passageira, que irão ficar bons, quando toda a gente vê que aquilo é terminal e...pronto..muitas vezes eu penso que a pessoa não sente que isto é</p>
--	--	--	--

		<p>terminal, não sabe, porque as pessoas não abordam isso, nem abordam, nem...mas penso que as pessoas saberão, no fundo saberão, só que não..fogem muito à questão."(I)</p> <p>"...as pessoas às vezes andam nisso há um ano, já foram, já trataram, já fizeram QT e continuam a não abordar, parece que vai haver, prece que eles têm uma esperança ou parece que há qualquer coisa no fundo que lhes diz que aquilo não é..ou então adaptam-se à questão..mas não falam nisso; será talvez uma coisa muito tabu, o tema da Morte é muito tabu."(I)</p> <p>"As pessoas..parece que é uma coisa muito íntima e que as pessoas não querem que se fale, como falar noutra questão qualquer muito íntima que as pessoas não querem que se fale."(I)</p> <p>"E às vezes é uma coisa que me incomoda porque, até às vezes até fico um bocado enervado, chateado, porque as pessoas, então as pessoas não vêm, é porque há pessoas que parece que até não se apercebem, aparentemente pensam que vão ficar curados, e as próprias famílias dizem “ai,não, vai ficar curado”, pronto, há uns que dizem “ai, isto é mau, mas não sei o quê” mas logo a seguir já não, já estão noutra. Parece que inconscientemente há um bloqueio da, em eles reconhecerem a situação em que estão e não falam nisso, mesmo."(I)</p> <p>"...eu estou convencido que no fundo, no fundo as pessoas..aparentemente parece</p>
--	--	---

			que não têm a noção de que vão morrer, ou que estão numa fase terminal, mas eu não sei, aquilo que eu penso é que as pessoas lá dentro sabem perfeitamente isso; não tem lógica, qual é a lógica de uma pessoa estar ali..e depois a família diz assim “Ai, ele pensa que vai, que isto vai ficar bem”; mas será possível que ele pense isso? As pessoas também não são tão burras como isso!? Estão ali, já foram para o IPO, já fizeram não sei quê, não fazem a mínima ideia de que têm um cancro – é um abcesso, é qualquer coisa, quer dizer, e estão para ali na cama, nem se conseguem levantar, é muito estranho!! Eu estou convencido...mas aí é a tal coisa, tínhamos que falar sobre isso para ver o que é que as pessoas pensam sobre isso.”(I)
	Relação com MF	Próxima	<p>“...daqueles doentes que têm assim um carinho especial pelo Médico e o Médico acaba por ter também uma relação assim, em termos relacionais bons com o doente ...” (A)</p> <p>"...tenho uma certa dificuldade, principalmente se tenho uma ligação maior com, com as pessoas, eu que nem lhes chamo utentes porque como já lido com pessoas já há muito tempo, não é, aa..às vezes tenho também, acabo por ter uma ligação um pouco afectiva..."(D)</p> <p>"...é sempre, para mim é sempre uma situação triste, mas aa...é sempre uma situação de perda (...) Há sempre uma carga afectiva, se eu conheço há muito tempo..."(D)</p>

			<p>"...confiança que já existe entre o utente e, e eu como médica de família. Pronto, o poder abordar aa.. aa..o assunto de uma forma natural e directa..."(D)</p> <p>"...a nível da medicina familiar teremos uma ligação diferente com..ou uma relação, não é uma ligação é uma relação diferente com ooo doente ou o utente ou a pessoa, porque é um todo..."(D)</p> <p>" Mas há qualquer coisa que depende muito do receptor, neste caso, nós e dos sensores que temos. Não só das vivências, penso que geneticamente, se quisermos só ficarmos pela ciência, mas até geneticamente; eu poderia ir para o campo mais..mais incógnito, da forma como nós recebemos informação do outro; não é só a linguagem verbal, não verbal, há aqueles que têm sensores para uma certa química que passa verdadeiramente despercebido ou distraída naqueles que só se registam um bocadinho pelo que vem nos compêndios. Isso acho que é capaz de castrar bastante o sentir o outro."(E)</p> <p>" Tenho sempre a sensação de que estou muito próximo daquela pessoa e que ela me está a receber;..."(E)</p> <p>"...eu não tenho compartimentos estanques; se ele tiver que ir, vai comigo. E é falado em casa; e é chorado se for necessário, porque eu choro. Choro à frente dos meus doentes, também. E choro com eles. E rio com eles. E zango-me com eles. Tudo!"(E)</p> <p>"É mais fácil quando já conhecemos bem o utente, a família, torna-se um bocadinho</p>
--	--	--	---

			<p>mais simples;..."(F)</p> <p>"Às vezes já conhecemos bem os nossos utentes, não é, aos anos que já os vemos aqui, mas nunca sabemos muito bem como é que as pessoas encaram.(...) O facto de conhecer o utente e a sua família, o meio que o rodeia, isso facilita muito, não é."</p> <p>"(F)</p> <p>"...duns doentes muito mais proximidade, porque é como tudo, uns tocam-nos mais, temos mais empatia, 'tamos mais próximos..."(G)</p> <p>"Tive um sr., também, com um tumor da pleura, uma pessoa excepcional que me custou muito acompanhar os últimos tempos, mas isso é porque há aqueles doentes a quem a gente se liga afectivamente se calhar mais do que devia..."(H)</p> <p>"...passa por uma relação um bocado pessoal. Pronto, há uma distanciação médico-doente, mas há uma relação..acabamos por ter uma certa intimidade com a pessoa, pronto há uma relação boa com as pessoas, e evidente que isso toca bastante..."(I)</p> <p>"...a única..facilitador que eu vejo é mesmo a minha relação com o doente, prévia. Se forem pessoas que, pronto, conhece muito bem e que tem mais intimidade será mais fácil falar sobre isso. Mas depois também, aa..para mim também será depois mais traumatizante ..." (I)</p>
		Distante	<p>" No caso dos doentes muitas vezes nós não sabemos o que é que está por trás, não é. Não o conhecemos tão intimamente para saber o que é que havemos de dizer e se</p>

			<p>aquilo que havemos de dizer os vai ajudar ou se às vezes os vai pôr mais tristes e não vai ajudar nada nessa situação." (A)</p> <p>"É muito difícil dizer isso a uma pessoa que se esteja a ver pela primeira vez..."(I)</p>
	Família	Apoio Familiar	<p>"... depende um bocado da envolvimento familiar e do tipo de família que eles têm..." (A)</p> <p>"...que a própria família se calhar não os quer muito em casa e preferem que estejam num Hospital porque não se envolvem muito; e há aqueles que preferem ter o familiar que está mal em casa porque prefere Morrer em casa, porque as pessoas preferem continuar a dar o seu afecto até aos últimos momentos." (A)</p> <p>"... acabaram por encarar as coisas de uma maneira mais natural..." (A)</p> <p>"...e os familiares estão sempre também à espera, embora saibam que possa acontecer a qualquer altura mas nunca estão preparados."(D)</p> <p>" que tem um bom apoio familiar, isso facilita muito."(F)</p> <p>"...apesar de tudo a família foi sempre sendo muito receptiva a tudo, muito calma..."(H)</p> <p>" tenho tido muitos casos nessa área porque vou também muitas vezes ao domicílio e, principalmente no domicílio, é onde se dá mais esse contacto com as pessoas e, portanto, com as pessoas que estão em fase terminal e com a família ou com quem cuida das pessoas."(I)</p>

			"As pessoas às vezes parece que querem que os familiares morram mais depressa, dá menos trabalho!"(I)
		Substituição	<p>"E às vezes até é a família que questiona mais do que o próprio doente." (A)</p> <p>"...mas a situação foi complicada não foi pela doente, foi pela envolvimento familiar. (...) mas depois na fase terminal era a própria família que, que se calhar tinha alguma dificuldade, não até a familiar enfermeira mas as outras netas e filhas, a enfermeira era neta, que tinham dificuldade em lidar com a situação e questionavam muito o que tinha sido feito, e se os tratamentos eram correctos, e se..questionavam muito as quimioterapias e a radioterapia que a sra. fez, e se valia a pena. E isso para mim é complicado eu responder à família se os tratamentos que os doentes vão fazer ..aa.. quer dizer, quando a família pressiona muito e põe muito em questão se é o tratamento correcto..." (A)</p> <p>"...é mais fácil que os familiares aceitem."(D)</p> <p>"...há uma preocupação (parte dos familiares) muito grande de saber quanto tempo é que a pessoa irá viver..."(I)</p> <p>"...a parte da família que quer saber, que..fala-se sobre isso..."(I)</p> <p>"...a família anda por ali à volta, aa.. 90% da conversa é saber se vivem muito ou não, querem saber quanto tempo é que vivem, é uma coisa terrível (e riu)."(I)</p>



	Conspiração de Silêncio	<p>"Às vezes ocultam da família que sabem, poupam a família. Podem às vezes é falar. Por exemplo, aa.., o que ter acontecido já pessoas com determinada situação e dizerem <i>"a família lá me vai entusiasmando e tal, mas eu sei muito bem o que é que..porque isto acontece"</i>, eles dizem <i>"ah, isto vai melhorar e tal, mas.."</i> Às vezes ocultam da família que sabem, poupam a família."(E)</p> <p>"...foi um caso que ninguém disse nada, a família recusava-se completamente a dizer seja o que for à sra., não me deixavam dizer fosse o que fosse, portanto a sra. tinha que estar na ignorância total..."(I)</p> <p>"...e a família não fala, isso então é que nunca quer falar nessas coisas hoje..A – Não quer falar consigo?T – Não, não. Com os doentes! Comigo falam logo! Logo que eu saio do doente e chego cá fora, eles caem todos, querem saber quanto tempo, a primeira coisa é se a pessoa vai viver muito tempo..."(I)</p>
	Espiritualidade do Doente	<p>"...eu acho que depois depende um bocadinho do, do que é que os doentes em termos religiosos vêem como a Morte..." (A)</p> <p>"Porque acho que as pessoas que acreditam, normalmente as religiões quase todas dão uma solução para a Morte, não é, quer dizer, a Morte terá uma explicação, terá uma razão de ser ee.. quem for religioso acho que se..se deve sentir mais protegido porque, pronto, há uma..há qualquer coisa na pessoa que se pode gasear e pronto, se é assim, e assim e não há volta a dar e não põe tantas questões, não se levantam</p>

	<p>tantas questões, não é. Aa..pronto, ou porque há uma vontade superior que o quis ou porque..não sei, acho que é mais fácil arranjar um suporte para as pessoas se apoiarem."(B)</p> <p>"E não vou transmitir, lá está, não transmito a fé nem a crença se não tiver um ambiente propício para isso. Se vejo que a pessoa não, não entra por esse âmbito, eu limito-me a tranquilizar a pessoa, manifestar-lhe “está tudo bem; vamos serenar”, coisas dentro assim deste género. Aa.. se vejo que a pessoa é uma pessoa com fé eu digo-lhe “entregue-se a Deus, calmamente, viveu uma vida boa” os que viveram, mas “fez a sua labuta, a sua vida, agora é hora de descansar”; apresentando a esperança da fé sem pormenorizar, porque umas pessoas acreditam que vão logo para uma vida, uma segunda vida, que vão logo para o céu, isso não, não entro nesses pormenores, mas aa...uso o facto da pessoa também ser crente para lhe dará serenidade de que Deus está com ela e que a sua vida talvez não seja aquele o fim definitivo e absoluto."(C)</p> <p>"...procuro-me pôr no registo em que a pessoa está." (C)</p> <p>" Saber que ele, sei lá, frequenta a Igreja..."(F)</p> <p>"...as pessoas católicas aceitavam melhor a Morte do que as outras todas e aceitavam-na muito naturalmente, achando que, pronto, elas sabiam para onde iam, além do que tinham que dar lugar aos netos e elas diziam isso muito</p>
--	--

		<p>naturalmente."(H)</p> <p>"...estava perante doentes que também eram católicos e que se calhar teriam gostado que eu lhes tivesse falado de outra forma; e também acho que neste momento, acho que tinha talvez mais preparação para falar mesmo com, digamos, que no âmbito da fé mas na fé noutras religiões."(H)</p> <p>"Mas acho que é mais fácil a um católico aceitar a Morte e lidar bem com ela do que a pessoas que não são crentes."(H)</p> <p>"Eu não partilhava mas ele partilhava (assuntos de religião)."(H)</p> <p>"O que vale é que as pessoas são religiosas, quer dizer, é o que vale."(I)</p> <p>"...porque as pessoas são crentes normalmente e até é bom; pronto, vão para uma vida melhor, vão..vão encontrar outras pessoas, sei lá, qualquer coisa. (...) Eu puxo muito para a religião, (...) é uma coisa que eu puxo muito e até incentivo as pessoas a se refugiarem nisso, porque é uma bengala, pronto, é um apoio. (...) E as pessoas são muito religiosas, normalmente. Mas é facilitador. É..nao, pois claro que é facilitador; porque nesse caso a Morte já não significa um fim, pode haver depois qualquer coisa, depois. "(I)</p>
Médico	Circunstâncias Pessoais	<p>"... mas não sei se isso tem a ver com a minha postura, com a minha maneira de ser e de pensar, não é. Eu acho que..aa..nós reagimos em situações tão delicadas, ao fim e ao cabo como são essas..aa..nós por muito que não queiramos pôr a nossa</p>

	<p>maneira de ser e de estar na vida, acabamos por reagir de maneira diferente conforme nós somos, não é." (A)</p> <p>"Se calhar, tem um bocado a ver com a minha maneira de sentir as coisas, não é, e de sentir a vida (deixou escapar uma leve gargalhada – como se a sentir-se responsável por esta resposta)..." (A)</p> <p>"...até pode ser que, que tenha sido a minha experiência exactamente da minha vida familiar, em que o meu pai morreu tinha eu 14 anos e, e acho que..é uma situação, lá está, talvez eu não saiba explicar muito bem porque nunca aceitei muito bem porque é que uma pessoa morre e, pronto, quando fica a fazer falta a tantas pessoas, portanto, um bocado isso..."(B)</p> <p>"...também depende da nossa personalidade aa.. não temos preparação. Depois aa.. também depende dos nossos sentimentos, da nossa maneira de reagir para a Morte."(D)</p> <p>"...não sei se é uma característica na minha personalidade, que sou sensível, portanto, aa..aos problemas dos outros, acabo por ter, aa... por isso é que eu digo, acabo por ter sempre um envolvimento emocional. Mas isto é a minha característica, não é, pronto. Mas não quer dizer que depois, pronto, separo..é claro que depois tenho que separar. Mas é a parte como sou mais sensível, acabo por ter, acabo por me envolver na situação."(D)</p>
--	--

	<p>"...eu acho que o saber lidar com esta situação também, às vezes, depende da pessoa, do médico, não é, depende muito."(D)</p> <p>"Porque acho que tive uma vivência também que depois ainda consolidou mais; primeiro deve ser tendência de personalidade; segundo porque não tenho mesmo prurido absolutamente nenhum em relação a nada e acho que consigo ter uma empatia com, com o doente, consigo-me pôr naquele lugar e em terceiro lugar, uma das coisas que dou maior consolidação desses factos é que eu fui médica de família dos meus pais, os meus pais ambos tiveram doenças terminais, fiz hospital terminal em casa e acompanhei-os eu."(E)</p> <p>"Portanto, penso que é mesmo traço de personalidade. Acho que se tem que ter alguns traços muito especiais para lidar com estas situações e para poder transmitir, porque às vezes pode haver uma capacidade até de falar, pode haver até conseguirem fazer um personagem forte, mas a química de um doente nestas fases é uma química que tem um filtro muito fininho e capta quando um indivíduo está a dar uma pseudo força, ele capta a fragilidade do, do, do, do cuidador, do que presta cuidados, mas que está frágil. Ele capta isso tudo, e se ele capta que o próprio que está a comunicar não está forte a dizer-lhe as coisas é ainda mais fragilidade, sente o medo do outro sobre o medo dele. (...)Tem que haver uma aprendizagem, mas acho que exige um terreno muito especial para quem tem que viver essas situações."(E)</p>
--	--

		<p>" Mas aa...eu acho que sempre fui uma apaixonada pelo obscuro da existência humana, não é. Porque não é, não é plenamente nem, nem de uma forma quase matemática esclarecida; (...) E se calhar, primeiro essa característica da personalidade e de uma individualidade, que se intercepta com algumas questões naquela idade em que normalmente se começa com o pensamento abstracto, que é a adolescência e que há realmente qualquer coisa "quem sou eu? Donde eu venho? Para onde eu vou?" E portanto, o tema Homem, o tema Morte andam intimamente ligados e o tema "quem sou", andam intimamente ligados; agora, o que é que nos acontece depois da Morte? E se calhar, tanto busquei, tanto li, mas já, baseada nessa curiosidade, que fui adquirindo, tipo manta de retalhos, feita a selecção, também interceptada por aquilo que eu sou, que fui adquirindo, se calhar, um, um, uma confiança, uma certa confiança no estar, no ser e no dar, que acho que acima de tudo, que é aquilo que se tem, que tem que acontecer nessas situações. Como uma certa empatia, sem..conservando a objectividade, mas tem que haver ali um limiar, há ali determinadas situações que são verdadeiramente complexas e que nem se sabe se nós estamos a ter empatia, se nós estamos a ter solidariedade, que são 2 coisas diferentes, e nem estamos sequer a ser simpáticos, que essa então já sabemos que é bem diferente. Mas não é propriamente uma solidariedade, é uma vivência; "(E)</p> <p>"A curiosidade e a forma de sentir a existência..."(E)</p>
--	--	--

	<p>"...se calhar até terei uma forma de, uma postura pouco usual."(E)</p> <p>"...o meu marido costuma dizer que acha que eu nem sabe como é que eu consigo suportar tanto. Mas é o que eu digo, isto é constitucional, porque quando chego a casa, muitas vezes eu necessito de verbalizar com ele, que ele é uma pessoa que sabe escutar e eu acho isso extraordinário, para quem gosta de verbalizar como eu...(...)... é um, um, uma pessoa extremamente importante para eu me às vezes também me reconsiderar, não é, e analisar-me e recuperar-me de algum vício e de algum plissar em, em, em deformidades de arquitectura de pensamento, não é, também tenho que estar alerta e tenho muita dificuldade em encontrar isso no meu meio de trabalho, não é, porque há algumas abordagens, eu tenho tido dificuldade."(E)</p> <p>"Porque eu sou..é com autenticidade, com veracidade e com uma transparência, e com aquilo que eu sou, que eu tenho e que eu vivi, pronto, é o verdadeiro."(E)</p> <p>"Acho que também passei por uma, por uma fase em que apesar de eu ter muita vontade de o fazer, coibia-me de o fazer com medo de não estar a ser isenta; isenta no sentido aa..., aa..., nós quando estamos na consulta temos que nos despir de preconceitos, de ideias, de religiões, de tudo e mais alguma coisa, não é, e às vezes eu ficava a achar que se calhar eu não estava a ser laica (acentuou palavra), digamos, perante o doente."(H)</p>
--	--

		<p>"Incomodava-me mais a mim, exacto. Precisamente por achar cedo, se calhar, porque ele fazia parte de uma família muito..muito unida, muito simpática, muito activa na Comunidade, mais se calhar parecida com a minha própria família e, portanto digamos, foi assim uma coisa que me tocou mais, porque quer a gente queira, quer não queira, nós e a nossa vida também interferimos com o doente, também contam na nossa interferência com eles."(H)</p> <p>"...na altura estou a sentir aquilo que digo e até sou capaz (suspirou brevemente) fico, aa..., como é que hei-de dizer, sinto muito aquilo que faço com os doentes (ruídos de mexericar com objectos nas mãos); mas depois, normalmente, chego ao carro, ponho música e corto; mas isso é uma questão de defesa que nós arranjamos ao longo dos anos. Mas há casos muito complicados, porque há pessoas que nós conhecemos há muitos anos e nós vimos.. vemos o doente, estamos ali, falamos; e quando venho embora venho desfeito, mas.. (riu alto), mas pronto, ultrapassa-se. Mas aa... são questões que pronto, é quase como se fosse de família; são pessoas que conheço há vinte anos e acompanhei e segui, e tiveram filhos e segui os filhos, são uma família; vou à casa das pessoas vê-los em casa, fora de casa; é assim, ao falar nessas questões as coisas saem-me e digo as coisas um bocado friamente aparentemente, mas cá dentro estou, está ali a roer (...)É um sentimento de tristeza ou de pena (...) portanto, eu consigo controlar a expressão facial eu consigo controlar</p>
--	--	---



		<p>completamente. Aa.. portanto, aquilo que me vai lá dentro as pessoas não percebem. E pronto, falo nessas ocasiões, falo perfeitamente como se fosse uma conversa o mais normal possível, o mais normal de outra coisa qualquer; falar de automóveis ou de outra coisa qualquer."(I)</p> <p>"Eu estou com um bocado de medo que pensem que eu sou um chato de um frio, mas eu não sou frio, mas.. tento cortar, ponho música e ouço música quando venho-me embora, no carro ponho música e passou, passou mesmo."(I)</p> <p>"Eu entrego-me muito ao trabalho, eu entrego-me muito às pessoas e, daí a tal infantilização das pessoas. Eu entrego-me muito às pessoas, não consigo fazer consultas rápidas;"(I)</p>
	Estratégias	<p>"...tento desdramatizar um bocadinho e mostrar-lhes que não é tudo assim tão mau..." (A)</p> <p>"...eu falo na Morte duma maneira geral e se calhar tento falar com eles, estando a conversar com eles e sobre aquela pessoa e aquela situação, mas falando da Morte de uma maneira global, geral e do que é a Morte para todos nós, ee..ee o doente sabe que eu estou a falar com ele e é dele que eu estou a falar, mas tento falar de uma maneira mais genérica. Enquanto que se eu falo em Morrer, dá-me a sensação que eu estou a falar mesmo daquele doente. E portanto, eu falo um bocadinho de uma maneira mais vaga, não é! Aa..claro que o doente sabe que eu estou a falar</p>

			<p>dele, não é. Mas tento falar de uma maneira um bocadinho mais geral e se usar o termo Morrer, dá-me a sensação que estou a falar mais dele,...não sei." (A)</p> <p>"(relativamente à pergunta se aborda o tema Morte com doentes em fim de vida)...mas eu aqui tenho que colocar-me numa outra posição de transmitir um pouco de confiança e esperança para, principalmente os casos de doenças neoplásicas aa..pronto, conseguirem, pronto, aceitarem os tratamentos e não perderem a, a confiança e na vontade de viver, não é."(D)</p> <p>"Mas normalmente se está consciente eu não..normalmente até são eles que abordam "Ai, eu não durmo muito, não sei se amanhã estou cá ou se vou passar este Natal", pronto, e eu só digo, "vamos ver, vamos ver. Um dia de cada vez" aquelas coisas que nós normalmente dizemos, não é, porque..é como eu digo, se..pode ser por uma situação cultural, pode ser, pronto, pela minha maneira de ser, acho que apesar de tudo devo transmitir um pouco mais de confiança para que o pouco tempo que estão, aa.. que estão vivos, aa.. possam aproveitar a, o melhor possível."(D)</p> <p>"Agora, tecnicamente, tento não me envolver quando é a situação mesmo que eu tenho que falar com os familiares, aa....tento ser o mais aa..aa... pronto, correcta, tento falar com oo... tecnicamente, o mais correctamente possível, não é."(D)</p>
	Relação com o Tema	À-vontade	"Vivencio com serenidade, aa.. mas sentindo também que é um momento extremamente importante (...) Mas eu, pessoalmente, vivencio com serenidade e

			<p>tento transmitir essa serenidade ao doente que tenho na minha frente."(C)</p> <p>"(nas situações de Morte eminente) E sempre permaneci à beira de um doente."(E)</p> <p>"...não tenho problemas alguns em lidar com qualquer doente confrontado com situações que à partida têm uma Morte mais ou menos contada em termos assim entre aspas, não é, que saberão que têm uma situação de doença que à partida a sobrevida poderá estar bastante..o, a vida estará bastante condicionada por essa, pela existência dessa doença, aa..., isto também eu nunca consigo separar esta vivência de doentes em estado de morte e em quase morte e vivência com uma situação muito complexa que é o término com a situação também de dar uma má notícia, de uma informação."(E)</p> <p>"...e sempre lidei muito bem com essas situações..."(E)</p> <p>"Como estou em pleno, como me sinto em pleno a participar com aquilo que eu tenho, com aquilo que eu posso dar, com aquilo que eu posso ser, como sinto tão sobreposta, e..que nunca me ficou assim (silêncio 2 segundos) “acho que poderia ter feito isto”; sim, com certeza, deveria de poder ter feito muito mais coisas. Isso é uma pergunta que já não..que eventualmente em algumas áreas posso fazer para me edificar, mas nestas não..acho que..eu faço aquilo que me sai, eu faço aquilo de quem tem necessidade e cumpro. Como é que eu posso ficar aquém, não é? Se eu faço aquilo que..que me salta, que me sai, de uma forma..às vezes algumas coisas</p>
--	--	--	--

			<p>são tão..saem tão..sem preparar nada, não é..é mesmo o aqui e agora."(E)</p> <p>"...mas acho que lido bem (frase dita com tranquilidade e alguma convicção), acho que consigo ter, ter uma tranquilidade face ao tema que não, não me (e baixou discretamente o tom de voz) choca aos outros e nem me choca a mim. E penso que com os familiares também consigo transmitir muito a serenidade da despedida."(G)</p> <p>"Porque falo, não tenho problemas. Talvez as pessoas tenham esse tal tabu da Morte, ou tenham..eu não tenho problemas."(I)</p>
		Não à-vontade	<p>"... não tenho tido muita muita experiência..." (A)</p> <p>"Eu não uso muito a palavra Morrer; posso usar a palavra Morte, mas Morrer não costumo usar. A – <i>Porquê</i> essa opção, Dra.B? B – Porque eu acho que tem uma conotação assim um bocado de .. do fim..aa..o falar na Morte..."(A)</p> <p>"... se o doente me pedir para abordar o assunto em relação a ele, aa....., lá está, se calhar tento generalizar um bocadinho..." (A)</p> <p>"Normalmente não é um assunto que se aborde logo de uma maneira ..aa.. logo de início, não é, pronto, não é muito fácil .. a conversa vem sempre por arrasto de outra situação (...) Aa..não é muito fácil (discreto engasgo) começar logo por falar da Morte directamente num início de conversa, digamos. Se calhar é mais fácil falar a propósito ou da situação do doente ou de qualquer outro assunto, e depois, aos poucos, ir levando a conversa para o assunto, não é, do que é a Morte e do que o doente sente</p>

			<p>como tal." (A)</p> <p>"...porque às vezes o tema surge até em doentes que não estão minimamente em risco de vida, nem que, não têm patologia tão grave assim, não é. E é mais fácil falar com esses doentes. Para mim é mais fácil do que com um doente que esteja numa fase terminal ou .. nem tanto terminal mas numa situação mais grave em termos clínicos, não é." (A)</p> <p>"...também não sei se (e riu discretamente), se..hum..por um lado eu, eu acho que não lido muito bem com, com essa, pronto, com, com esse momento de..que tem a ver com, com acompanhamento dos doentes; mas realmente não, não lido muito bem." (B)</p> <p>"(sobre falar de Morte com doentes terminais)...porque realmente acho que não me sinto muito à vontade sobre isso..."(B)</p> <p>"(A segunda questão é costuma abordar o tema Morte com os seus doentes em fim de vida? Falar sobre a Morte?) Não. (e pigarreou) A resposta é muito simples (e riu). Pois, se calhar por não me sentir muito à vontade, não é, em lidar com isso, com o tema..."(B)</p> <p>"Nós, no geral, acabamos sempre por nunca dar uma coisa muito, muito sem alternativa, não é, a gente normalmente diz "o sr. tem um problema que tem que ser tratado o quanto antes porque se não for tratado rapidamente pode ser complicado",</p>
--	--	--	--

			<p>quer dizer, nunca damos à pessoa um diagnóstico de não ter alternativa, não é."(B)</p> <p>"...acho que o que me custa mesmo é lidar com a morte (...) na situação em que eles estejam a sofrer."(B)</p> <p>"...ou com o doente, quando isso me é permitido, eu encontro dificuldade porque eu também sinto que o fim não é natural. É natural porque vemos que é sempre isto que tem acontecido, mas não queríamos, não queremos; e, e essa dificuldade eu sinto que é um momento difícil, é um momento de dificuldade."(C)</p> <p>"A Dra. F. recebeu-me com simpatia, é baixinha e assim que viu o tema ficou "pequenina", claramente sendo o tema que a deixa desconfortável."(D)</p> <p>"...é um tema que não é fácil de, quando estamos de, quando somos confrontados com ele, não é fácil aa...nem para mim falar..."(D)</p> <p>"E para mim acho que..é sempre difícil, há sempre..acho que não há palavras, às vezes para podermos, para eu poder falar, é sempre uma situação difícil."(D)</p> <p>"...sinto sempre alguma dificuldade em falar, não é, pronto. Ee...acaba por..ser uma situação, para mim, um bocadinho triste. Mas, começo aa..arranjar algumas defesas, não é, pronto, e a poder falar do assunto..."(D)</p> <p>"...acaba por ser difícil lidar com, com a Morte..."(D)</p> <p>"...uma coisa que eu notei, e que já vinha sensibilizada da faculdade, é de que o médico, se calhar, era aquele que tinha mais dificuldade de confrontar um doente</p>
--	--	--	---

			<p>numa situação dessas; primeiro porque, especulando intelectualmente a situação, confronta-se com a Morte dele; depois, grosso modo e muito particularmente, os médicos têm muita dificuldade em falar, em adaptar, por exemplo, o seu discurso ao receptor e muito menos numa situação dessas."(E)</p> <p>"...é um tema sempre complicado, não é, de abordar com os doentes. Mas é um tema que surge na nossa consulta, não é, pronto. E....é sempre difícil, não é uma coisa simples, é sempre complicado."(F)</p> <p>"...é sempre difícil, não é, associo logo aqui aos diagnósticos (e riu) que me vêm às vezes aqui, não é, e temos que dar más notícias, não é, é sempre complicadito mas, mas pronto. Faz parte, faz parte da vida."(F)</p> <p>"...apesar de saber que a vida é isto, não é, nascer, viver, morrer, não é, é sempre..os fins, acho eu, que assisti sempre, pronto.. tristeza, não é, e aa..pronto, aa....tenho sempre alguma dificuldade em falar sobre o tema, mas tem que ser, não é. Pronto.(...) A Morte, é uma coisa um bocadinho triste, não é."(F)</p> <p>"O que é que me dificulta mais? Aa....para além do tema em si, não é, que é tristonho o suficiente (e riu)..."(F)</p> <p>"Sugere-me (discreta pausa) uma situação sempre de difícil vivência. Eu trabalho com a mesma população, eu penso que se calhar mesmo que não trabalhasse com a mesma população teria o mesmo sentimento, mas...porque trabalho com a mesma</p>
--	--	--	---

		<p>população há 22 anos tenho um elo de ligação se calhar mais forte. Portanto sempre que perco alguém é...sempre uma situação delicada (ênfase na palavra delicada), quer para mim (ligeira acentuação do mim) quer para a família."(G)</p> <p>"Portanto, eu acho que a palavra Morte Morte é uma palavra muito pesada, ainda para toda a gente, muito difícil (acentuando discretamente a palavra difícil) dizer "Morte". Nem eu consigo dizer à frente deles, nem eles conseguem verbalizar. Nunca, nunca ouvi o tema Morte. Agora..usa-se muito "quando eu não estiver cá", "quando eu me for embora", na despedida."(G)</p> <p>"Eu acho que há, de uma maneira geral, socialmente uma dificuldade de lidar com com a palavra e com a Morte em si..."(G)</p> <p>"É sempre uma situação constrangedora porque lida com os nossos sentimentos pessoais, não é? No fundo estamos quase a projectar a nossa, a nossa angústia face à Morte, principalmente face à Morte de familiares; não é tanto à minha, que a minha acho que lido bem com isso. É muito mais em relação a a familiares que eu possa perder."(G)</p> <p>"O maior sentimento é a dificuldade de transmitir (a rir) a ideia sem tirar a esperança, sem, sem magoar a pessoa, ou pelo menos sem agravar, digamos, o sofrimento daquele bocado de tempo que ela ainda tem. É realmente uma dificuldade muito grande. Normalmente, aquilo que eu tento é sempre fazer-lhe ver que aquele bocado</p>
--	--	---



		<p>de tempo que ela ainda vai estar connosco ela é querida pelos que estão à beira dela e nós vamos-lhe tirar as dores. Pronto, é normalmente isso que eu faço e não sei fazer mais nada (e riu). Acho que se calhar ainda podia ir mais longe, mas ainda não consigo.(...) acho que muitas vezes, se calhar, eles gostariam de falar do sentido da Vida, não é, e do sentido da Morte e isso eu ainda não consigo fazer com eles, porque acho que trabalhar nesta área é uma área dolorosa, digamos, de parte a parte, é doloroso para nós e é doloroso para eles. E a gente tem que ter já assim um (riu), como é que eu vou dizer, falta-me a palavra certa, mas.... como é que eu vou dizer essa palavra, aquilo que a gente às vezes chama o “estofo” (e riu) que é difícil de ter na hora, é muito difícil. Até porque às vezes há pequenos pormenores que nos descontrolam na hora, quer dizer, a gente até já leva alguma coisa mais ou menos pensada ou alinhavada ou seja o que for, mas se calhar, na hora depois não sabe fazer."(H)</p> <p>"Não, normalmente, pensando nisso, talvez sejam mesmo as pessoas que iniciam a conversa porque talvez também tenha esse tabu, não, não inicio. Não inicio a conversa nessas questões."(I)</p> <p>"Pronto, se calhar até há qualquer coisa, no fundo, que bloqueia, também. Eu estou agora a começar a pensar assim em voz alta. (...)Pois, eu estou a pensar em voz alta que há coisas que são também tabu e as pessoas, também são coisas muito íntimas</p>
--	--	--

			das pessoas, do foro íntimo das pessoas, e eu às vezes puxo a conversa para aí e as pessoas até dizem, portanto..mas a questão da Morte aa.. se calhar não se aborda tanto aaa...talvez, pronto, talvez também tenha qualquer bloqueio em relação a isso, mas eu falo abertamente se as pessoas..qualquer assunto, normalmente não.."(I)
	Autorização para abordar Tema		<p>"... há doentes que estão em fim de vida e que não têm grande sintomatologia a precisarem de terapêutica, digamos, e o que precisam mais é de algum carinho, de algum conforto, tanto da família como nosso..." (A)</p> <p>" A sensação que eu tenho é que .. pronto.. as situações que eu tive.. tanto tive doentes que quase não falam e que querem .. pedem para eu ir lá p'ra, p'ra os ver, p'ra ver se está tudo bem, mas não adiantam muito, não querem falar muito sobre isso." (A)</p> <p>"A sensação que me dá é que há doentes que não querem falar sobre o assunto, só querem é sentir-se apoiados, acompanhados, com o carinho dos familiares e sentir-se que estão em casa." (A)</p> <p>"... há doentes que (com suspiro) a sensação que eu tenho é que negam um bocadinho, eles apercebem-se que estão mal mas não sei se depois perante os outros, tanto perante a família como perante o médico, que negam um bocadinho aquilo que sabem e que se apercebem, não é? Aaa.. outros não, falam mais abertamente e sabem que vão morrer..." (A)</p>

	<p>"Eu acho que eles não querem muitas vezes saber o que vai acontecer depois; eu acho que querem é Morrer em serenidade e não sofrer, muitas vezes, não é." (A)</p> <p>"Não questionava ..aa.. se ía morrer já ou se a situação era muito grave. Mas eu acho que ele sabia." (A)</p> <p>"...temos que lidar com, a maneira de abordar o assunto depende daquilo que sentimos que é a postura do doente..." (A)</p> <p>"...não indo é além do que eu vejo que o doente me está a solicitar e a pedir. Não sou eu que tomo a dianteira porque eu..o doente pode negar, pode querer iludir-se a si próprio; seja o que for que ele esteja a sentir em relação a esse momento fulcral e, e então eu também não vou eu adiantar-me a ele."(C)</p> <p>"(a abordagem do tema Morte) É muito aa.. determinada pelo doente. Pelo que o doente me vai dizendo."(C)</p> <p>"...o doente é que me, é que me dá a deixa para eu dizer alguma coisa e ir dizendo."(C)</p> <p>"E, e abordo directamente; mas lá está, abordo se o doente me dá, se eu vejo que ele reconhece..."(C)</p> <p>"...quando o doente prefere o silêncio, vejo que ele se recolhe no silêncio, eu admito que pode ser um sinal de que as pessoas não estão a chegar onde ele está, não lhe estão a dizer coisas que lhe tragam qualquer alívio; e eu aceito, não posso fazer outra</p>
--	---

	<p>coisa senão aceitar."(C)</p> <p>"(relativamente à abordagem do tema Morte)...mas também tínhamos (médica e doente terminal) uma linguagem que se calhar partilhávamos..subentendia-se, não é."(E)</p> <p>"...isto depende muito da situação, não é, em si, do que acontecer aqui durante a consulta. Pronto, muitas vezes depende realmente de se há necessidade de falar, de abordar, porque não, não é. Embora seja sempre complicado falar nisso, mas eu, mas eu falo, falo quando acho que é necessário, que é oportuno, que, que, que se deve falar nisso, acho que..costumo falar, costumo falar.(...) E depois também depende muito do utente e a maneira de falar também me adapto ao utente."(F)</p> <p>"Falo do que ele quiser falar. Procuro prepará-lo, saber...(nota-se um claro desvio da ideia inicial) mas também vejo até que ponto é que o doente quer saber, e qual é o seu estado de despedida. Se ele estiver disponível para falar, falo de tudo; desde o ele se despedir da família, partilhar os sentimentos de perda, de angústia, organizar-se em função de ... do que vai deixar (e esboçou um sorriso nas palavras), depende tudo da da da da resposta do lado de lá; eu acho que a conversa se vai fazendo consoante aquilo que o doente quer saber; alguns deles querem saber e são orientados nesse sentido; alguns vão deixando estar como sendo mais uma etapa de doença sem pensar e sem falar da morte. Quando não querem, também não falo.(...)</p>
--	--

	<p>Eu acho que eles nos dão sinais; dão-nos sinais quer p'la verbalização, quer p'la aceitação da da da situação em si, eeeee...acho que não é difícil."(G)</p> <p>"...ao perguntar-se como é que ele 'tá, como é que ele se sente, aa..que é que ele pensa para o futuro..(verbalizando sorriso) perguntar "o que é que pensa para o futuro" vamos logo perceber se ele acha que tem futuro ou que não tem futuro, e qual é o futuro; e neste futuro dá para enquadrar o futuro; e aí pronto é a tal situação. Ou se fala ou não se fala da da do momento da despedida, não é? Portanto, se ele achar que "tô, isto não tem solução; 'tô para morrer" acho que, que temos e devemos falar da Morte."(G)</p> <p>"Eu não posso usar uma palavra que eles não usam. Isto é a minha perspectiva. Se eles me falassem da Morte. Eu falava da Morte sem problema nenhum, porque a palavra Morte para mim não tem nenhuma angústia especial nem nenhum peso especial. Tanto digo Morte, como despedida, como partida, como outra coisa qualquer. Aaaa, mas o doente, na minha experiência, nunca usaram, nunca usaram a palavra Morte. Não usam a palavra Morte, eu não uso a palavra Morte. No fundo estamos a falar da mesma coisa exactamente mas sem o termo específico."(G)</p> <p>"Tento falar com eles sempre do que lhes está a acontecer, e sempre ver que perspectiva é que eles têm do que lhes está acontecer. Mas não falo da morte se eles não quiserem falar da morte."(G)</p>
--	---

	<p>"Na abordagem com o doente eu tento, tento perceber até onde é que ele quer que eu fale. E conforme o que eu percebo que ele quer que eu fale, eu falo, eu respondo, eu respondo exactamente ao que ele diz; até porque eu tenho um grande amor pela verdade."(H)</p> <p>"...não preciso que ele esteja a iniciar propriamente com essa palavra mas tenho que perceber que ele quer falar disso. Eles às vezes não são capazes de usar essa palavra, mas são capazes de dizer "isto só passa quando eu for para um certo sítio, ou só passa.." e apanho, pronto."(H)</p> <p>"...eu parto um bocado do princípio que se a pessoa não aborda, talvez..eu também não abordo (gaguejou bastante) porque...a pessoa pode não ter interesse nisso. Eu muitas vezes pergunto às pessoas quando, quando fazem, por exemplo, um exame qualquer e há hipótese de ser uma coisa problemática, eu pergunto às pessoas se querem ser informadas, se não querem, se querem saber; porque há pessoas que dizem logo: "eu não quero saber se tiver doença, se tiver uma doença para morrer, eu não quero saber" e há outros que dizem "não, eu quero saber tudo". Portanto, eu a esses digo tudo, eles querem saber tudo."(I)</p> <p>"Acho que há uma certa violência, não sei, sinto que há uma certa violência..se a pessoa não diz, também...eu sou muito..eu respeito muito a pessoa, o que a pessoa quer ou o que não quer. Eu não sei..o sistema de dizer logo à pessoa "olhe, isto é um</p>
--	---

	<p>cancro, tem..3 meses de vida, estatisticamente”; eu acho isso uma violência, eu acho isso uma violência porque eu não sei se a pessoa quer ou não...”(I)</p> <p>" E é uma coisa que eu pergunto sempre muito antes ou quando imagino que possa haver ali qualquer caso de gravidade, ou pronto, que haja uma hipótese, eu costumo perguntar sempre isso às pessoas. As pessoas às vezes até pensam que eu estou meio a brincar; digo: <i>olhe, mas se tiver uma coisa má, quer que eu lhe diga ou não?</i>"(I)</p> <p>"Não sei se é medo, não sei explicar bem, não é medo, porque eu não tenho medo de falar nisso absolutamente nenhum, nada, nada. Aa...talvez seja por uma questão de.., agora estou a tentar descobrir, mas talvez por uma questão, eu, eu, eu...respeito muito as pessoas e o que as pessoas pensam e o que não pensam; não gosto de fazer nada que as pessoas não queiram fazer, eee... talvez seja um bocado isso, as pessoas não falam e eu também não falo; quer dizer, talvez também esteja a dar a iniciativa a eles; agora daí até que ponto é que posso ter eu essa iniciativa, não sei; são coisas muito, muito íntimas."(I)</p> <p>"Aquilo que eu sinto, não é? Digo-lhes a verdade! Se eles perguntam é porque querem saber; se não perguntam é porque não querem; se perguntam é porque querem; digo-lhes a verdade, aa.., mas digo-lhes aa.., digo-lhes, pronto, as palavras saiem-me...”(I)</p>
--	--

		<p>"É que eu gosto de saber se as pessoas querem mesmo saber ou não e se querem falar nisso."(I)</p> <p>"Eu,eu..pronto, não sou nem da opinião dos americanos, que se deve dizer logo à pessoa tem isto ou tem aquilo, esperança de vida X; eu não sou dessa opinião porque não sei como é que a pessoa vai reagir; as pessoas têm direito a saber, mas.. as pessoas têm direito a não saber, e aqui há muito..as pessoas não quererem saber, não querem saber; as pessoas nem querem fazer exames porque não querem saber se têm uma doença, quanto mais depois de ter a doença saber que vão morrer, aa..no fundo é isso. Pronto, eu jogo muito com o momento..."(I)</p>
	Formação	<p>Presente</p> <p>"...se calhar o que mais determinou a colheita desses retalhos é também a minha pessoa porque é a intercepção das coisas, do que eu leio, porque leio fundamentalmente, porque li..acho que os meus maiores amigos nesta área: um deles é um sr. extraordinário, chama-se Louis Powels, participou em Maio de 68 e é um belga que tem uns pareceres sobre várias coisas e em relação à Morte tem uma frase que é realmente extraordinária, que é “saber Morrer, perceber Viver”; nunca esqueci essa frase; primeira vez que a li ainda era estudante de Medicina, já andava nas minhas buscas e tinha 22 anos."(E)</p> <p>"Acho que é das próprias leituras.. da vida, dos livros, da minha forma de estar."(G)</p> <p>"O que é que contribuiu (em jeito de pensamento)..se calhar, aa..., se calhar, aa...o</p>



			<p>ir, as várias hipóteses que eu fui tendo de formação; a minha formação em Exercício – eu sou clínica geral, mas daquelas que começou logo a trabalhar e que depois fez formação em Exercício, e tive na altura um módulo sobre cuidados paliativos, que eu gostei imenso, e que achei que de facto apesar das dificuldades que eu tinha em lidar com esse assunto se calhar eu podia fazer muito, muito mais do que aquilo que eu tinha feito até à data, isso por um lado, por outro lado também fiz questão de acompanhar os meus familiares que morreram na hora da Morte e acho que isso também me fez mudar bastante; acho que lhes dá uma grande tranquilidade saber que estão ali acompanhados com alguém que não os deixa. E tudo isso, mais os outros contactos que eu fui tendo com a Dra. Isabel Galriça, com..é,é...portanto, digamos, contactos paralelos (...) tive uma vez oportunidade de participar também numa outra, numa outra formação onde foi desenvolvido.. essa feita por um psiquiatra que não faço a menor ideia qual é a sua postura perante a fé, em que ele dizia que de facto a Morte estava a ser um tabu na nossa Sociedade, as pessoas não falavam na Morte, escondiam a Morte, as pessoas iam morrer aos hospitais para as pessoas não verem, essas coisas todas."(H)</p>
		Ausente	<p>"...em termos clínicos, em termos de .. de .. terapia da Dor .. de .. de .. da parte de apoio psicológico, etc, às vezes falha um bocadinho, sinto que poderíamos fazer melhor..." (A)</p>

			<p>"Tem a ver com, se calhar ..aa... conversar sobre o assunto com outros colegas, se calhar que já vivenciaram situações que nos podem ajudar, porque se calhar não 2 situações iguaizinhas, mas ..aa.. se calhar uma maneira aberta tipo conversa, num seminário ou numa coisa desse género, não é. Porque todos nós precisamos de reflectir sobre isso ..aa.. e se calhar o reflectir em conjunto, meia dúzia de pessoas, ajudam em situações posteriores a lidarmos com a situação, não é, da melhor maneira que entendermos." (A)</p> <p>"... às vezes as situações são difíceis aa.. porque não temos, se calhar, os meios possíveis para, ou que deveríamos ter para ajudar esse doente..." (A)</p> <p>"Não tenho muita experiência, digo já." (B)</p> <p>"( A segunda questão é costuma abordar o tema Morte com os seus doentes em fim de vida? Falar sobre a Morte?)...talvez também por me sentir pouco capaz, pouco formada nessa, a falar sobre esse tema."(B)</p> <p>"...acho que é uma coisa que provavelmente..que terei que aprender porque eu penso que há pessoas..por exemplo, eu sei lá, eu se estivesse numa situação dessas o que é que eu fazia, recorria a alguém que eu soubesse que sabia lidar com a situação, não é."(B)</p> <p>"...acho que já disse nas outras perguntas, acho que já ficou a ideia de que realmente não me sinto muito capaz de lidar com essas situações."(B)</p>
--	--	--	--

			<p>"...ao longo de toda a nossa formação nunca ninguém nos falou nisso nem acho que nunca tive nenhuma disciplina em que nos falassem disso, portanto, realmente isso acaba por ser um bocadinho o que é que as pessoas sentem pessoalmente..."(B)</p> <p>"Agora acho que..penso eu que haverá alguma formação que ajude as pessoas a lidar com isso."(B)</p> <p>"...como eu não tenho uma explicação muito (pigarreou) muito clara sobre exactamente o que é que se pode dizer a uma pessoa que, que tem uma doença incurável, que não..que sinceramente seja nova, jovem, criança ou adulto jovem, como não sei muito bem exactamente, para mim não sei muito bem arranjar uma maneira agradável de conseguir encaixar isso no, pronto, no percurso natural das pessoas, aa..acho que..é isso, quer dizer, não ter certezas, não saber muito bem como é que as pessoas, o que é que as pode tranquilizar sobre isso..."(B)</p> <p>"Acho que nós temos, acho que, pronto, não, não temos preparação..."(D)</p> <p>"...acho que é a não preparação. (...) Profissional. Eu acho que é tudo um pouco aa.. que, pronto aa.. no curso.. é lógico que aqui que há alguns anos quando eu tirei o curso aa.. aa.. não há, não tivemos preparação..."(D)</p> <p>"Nós não tínhamos abordagem nenhuma. (...) há 30 anos que eu acabei o curso, portanto não tínhamos mesmo parte oncológica e tudo era totalmente diferente, não é, não temos preparação. E portanto, aa.. e eu noto que todos nós, pelo menos da</p>
--	--	--	--

			<p>minha geração, que aa..há sempre uma dificuldade em, em, em o que fazer e o que dizer em relação aa.. perante uma situação de morte. (...) o que nós vamos aprendendo é com a experiência, não é, pronto, e tentar não, não, não envolvermos demasiado, não é, mas eu acho que a maior dificuldade que eu tenho é não ter uma preparação, não sei se estou a fazer bem, o que eu digo, ou o que eu faço, não sei se faço bem, se faço mal, se é o mais indicado, mas pronto, foi isto que eu aprendi durante..com a minha experiência. Mas no fundo fico a pensar “fiz bem; ou não fiz mal; deveria abordar doutra maneira?”; não sei.”(D)</p> <p>“...eu acho que nós devíamos, dentro do, no curso, devíamos ter alguma preparação.”(D)</p> <p>“...porque eu nunca sei aquilo que posso fazer nessa área. Como lhe disse, é sempre um aqui e agora.”(E)</p> <p>“Digamos que às vezes faltava-me era saber como fazer, não é, não era tanto, digamos, a ideia ou a intenção, mas era o saber como. Que isso é uma coisa que se calhar só há pouco tempo se começa a dar noções aos profissionais do como se faz isso.”(H)</p> <p>“Eu não sei se estou a fazer bem ou não, sei lá!”(I)</p> <p>“...mas os primeiros casos que tive assim de doentes terminais talvez sejam os que depois nós nos lembramos mais, aa.. porque não estávamos habituados;...”(I)</p>
--	--	--	--

	Espiritualidade	<p>"...o pôr na terceira pessoa quando falo com o doente, a Morte como um verbo que eu verbalizo na 3ª pessoa se calhar eu tento-me esquivar 1 bocadinho porque pessoalmente gosto mais de falar da Morte e do ... como uma coisa que, se calhar não como um fim, embora eu não acredite muito na vida para além da Morte, mas não como um fim mas como ..aaaa.. pronto, uma situação que acaba por surgir a todos nós, não é." (A)</p> <p>"...aí penso que pode haver, também, um aspecto que é o facto de eu não ser religiosa, não é. As pessoas que são religiosas, portanto, acabam por ter sempre uma visão diferente e que se calhar as ajuda a lidar com, com a Morte. Aa.. como eu não sou religiosa (e deu um riso discreto), acho que às vezes, nessas situações de, de pessoas jovens ou então, exactamente, a história do sofrimento, não me...não me sinto muito muito preparada para lidar com essas coisas, não."(B)</p> <p>"...acho engraçadas algumas posições que os budistas têm sobre, sobre a vida e o sofrimento e outros problemas assim; (...) há um curso de iniciação ao budismo; não é bem iniciação, é um curso de filosofia budista, é diferente, que eu até estou a pensar frequentar. Eles, por caso, acho que também falam, abordam um bocado o tema da Morte, à maneira deles, como é óbvio, mas aa.. (silêncio de 2 segundos) mas eles vêm de uma maneira, pronto, que não sei muito bem se será parecida com a, com pessoas de outra religião. (...) Estes atraem-me exactamente porque aquilo</p>
--	-----------------	--

	<p>não é propriamente, pronto, é mais uma maneira de pensar, eles não dizem assim “isto é que está certo; nós vimos desta maneira porque está escrito não sei aonde” não dizem muito isso, não é, dizem que “achou-se que desta maneira isto facilita a vida às pessoas” e as pessoas têm uma ferramenta para não se sentirem infelizes ou isto assim, aa..mas não dizem de maneira nenhuma que aquilo é o que está certo e que as outras religiões estão erradas, não dizem isso, e .. pronto, uma postura que me agrada mais...”(B)</p> <p>"...eu tenho neste momento, eu tenho fé. Acredito aa num plano divino para acabar com este tipo de vida, a terminar em Morte. Pronto, são as minhas considerações."(C)</p> <p>" Depois, o ter passado dessa fase (sem fé) para uma fase de fé acho que me dá ainda uma tranquilidade (e olhou para o tlm que vibrava – isto talvez esteja a incomodar – e parou-o); acho que me dá ainda um, uma serenidade plena em que toda eu estou serena; não há ali uma dicotomia entre uma parte de mim que não condiz totalmente; porque eu não estou a mentir ao doente, porque me sentiria mal a fazer isso;(...)A partir do momento em que voltei a readquirir fé, aa..acho que eu estou plena, estou total, e admito que, que isso possa passar nas minhas palavras quando uma pessoa, toda ela, é aquilo que está a dizer, é natural que transmita uma serenidade um bocadinho maior, e um quê de diferente. "(C)</p>
--	---

		<p>"E eu penso que para uma pessoa, e porque eu já também senti assim, uma pessoa que não tem fé sabe que a vida termina, mas nunca queremos, nunca aceitamos, é sempre anti-natural."(C)</p> <p>"...também..eu..sou uma mulher de fé!(...) Portanto, meto sempre um bocadinho de dose dessa fé. É fé, não me é.. inexplicável."(E)</p> <p>"E portanto, eu nunca neguei a fé nem pouco mais ou menos, se me perguntassem eu dizia, e várias vezes, porque o ambiente pós 25 de Abril era um bocado assim, várias vezes me tentaram ridicularizar no trabalho porque de algum modo sabiam que eu estava ligada à Igreja e eu nunca neguei..."(H)</p> <p>"Eu não sou, mas o que vale é que as pessoas são religiosas e isso talvez seja uma ajuda. Eu como sou ateu..."(I)</p> <p>"Agora em termos religiosos, tenho muita dificuldade em falar sobre isso porque sou ateu, não é; mas, pronto, sei de religião, quer dizer, percebo de religião e sei bem o que é que é o Cristianismo e pronto, sei, é evidente, pronto. Fui educado nisso, mas depois é uma questão que me interessa; mas pronto, isso é consigo abordar isso sob o aspecto religioso, apesar de não sentir aquilo que estou a dizer (disse de uma forma discretamente jocosa), para mim é uma frieza muito grande a parte da religião, mas exorto, vou buscar isso para, para consolar as pessoas..."(I)</p>
	Ideias sobre a Morte	"Aa..eu tenho...se calhar uma maneira de ver a Morte e o fim da vida, para mim, que

	<p>é o que é para mim, de uma maneira um bocadinho (pensando...) se calhar tenho alguma dificuldade em lidar, em lidar com a situação e com, não é conjuntos, mas com...como é que eu posso explicar, deixa-me pensar, o que é que eu posso...(pausa em silêncio de 3 segundos). Eu tenho alguma dificuldade em falar..." (A)</p> <p>"Porque eu acho que numa fase terminal nós não temos que ser – eu tenho que ser mais ou menos realista mas também não devo ser demasiado dramática, nem pôr a situação mais negra porque não resolve nada, não é." (A)</p> <p>"...o que dificulta se calhar é porque a maneira de nós vermos a Morte é muito diferente de uns para os outros. Eu acho que é um tema com alguma (e hesitou) dificuldade porque aa.. eu acho que cada pessoa tem a sua maneira de encarar a Morte, e se calhar, a mesma pessoa, em circunstâncias diferentes, também pensa de maneira diferente ou sente de maneira diferente. E se calhar, um bocado por essa diversidade toda é que não é um assunto muito fácil, é um assunto que tem que se ter alguma sensibilidade..." (A)</p> <p>"Falou, no final da entrevista (gravador já desligado), de ter passado por uma experiência de quase morte com 1 laringospasmo, de ter vários pensamentos nessa altura mas principalmente de ter tido a sensação que ia morrer e de não ter receio."(C)</p>
--	---



	<p>"Acho que é uma coisa perfeitamente natural chegarmos ao fim. Todos temos dificuldade em aceitar mas é natural..."(C)</p> <p>"...sempre vi, sempre vivi a ideia da morte com tranquilidade.(...) Mas o, o fim eu como que aceitava, pronto, tenho que aceitar, é natural, tudo acaba, nada dura sempre."(C)</p> <p>"...eu sempre vi a morte como um tempo, uma pausa, um sono para depois para a outra parte do plano da divindade para o ser humano. Depois achei que não sr., que não era nada disso, que era mesmo o fim, e porque era inevitável e então a única hipótese que tinha era mesmo de aproveitar no bom sentido, no sentido de eu fazer as coisas que gostava e por isso valorizava com as pessoas, procurava valorizar e que elas valorizassem naquela hora o que tinha sido bom, o que era bom."(C)</p> <p>"E para mim isso é, pronto, a minha visão espiritual, isso é o apelo da vida, estamos vocacionados para a vida, não é para morrer. Aa.. mas é natural e é..eu trabalho muito isso, e é assim, é assim. Não conhecemos a vida de outra maneira. Portanto, vamos aceitá-la com tranquilidade. Vamos aceitar. É muito..essa é a minha, é a minha ferramenta de trabalho é aceitar que não podemos fugir a isso e portanto valorizar mais é o que se fez da vida..."(C)</p> <p>"...embora eu aceite, pronto, é lógico a Morte, faz parte da vida, não é, mas eu acho que é sempre um acontecimento triste e, e portanto, embora saiba que, pronto,</p>
--	---

	<p>existe, não é, que a Morte faz parte da vida mas também tenho uma certa dificuldade..."(D)</p> <p>"...noutras situações é um pouco complicado eu estar a dizer à pessoa que, ou por talvez ser cultural, nós não abordarmos o assunto ou a Morte como sendo uma situação natural mas não falarmos aa.. da Morte aa.. abertamente aa.. acabo por aa.. por transmitir mais um pouco de confiança, de esperança porque acho que as pessoas agarram-se muito à Vida, pronto, ao que têm de, ao, podem ter muito pouco mas, pronto, agarram-se a essa parte."(D)</p> <p>"(relativamente a ter vivido uma situação de proximidade com a Morte)Tem, ajuda muito! Ajuda muito, ajuda. E ajuda e a minha partilha com os doentes.(...) E isso é extremamente enriquecedor, não é, para se pôr no lugar do outro, com alguma objectividade, com a tal empatia.(...)...as vivências de algumas coisas são extraordinariamente importantes para ter uma acuidade melhor no sentir, no ser."(E)</p> <p>"...também depende muito da experiência de vida de cada um, e como as pessoas encaram as coisas e ao que se agarram e às crianças que têm, não é."(F)</p> <p>"E penso essencialmente, pronto, é assim, eu não, não.. quando sei o que vai acontecer e se está para breve, então falo mesmo porque as pessoas têm que tomar decisões, temos que pensar num fim de vida com qualidade de vida, sem dor, pronto, mais agradável possível, não é, e falo. Falo, falo."(F)</p>
--	--

		<p>"(relativamente a facilitadores da abordagem do tema Morte com o doente terminal) Acho que é eu lidar bem com o meu (ênfatizando "o meu") próprio sentimento de Morte.(...) Acho que o fui construindo aos bocadinhos. (compôs-se no seu sofá) Acho que isso se vai fazendo. Eu acho que aos 20 anos não pensava nisso, aos 30 comecei a pensar, aos 40 comecei a programar eee acho que neste momento tenho as coisas muito definidas na minha cabeça. Já fiz uma carta de despedida, já pus em em escrito, eu gosto muito de escrever, e acho que que passo os meus sentimentos muito melhor para o papel quando escrevo do que quando falo eee já fiz uuum (pensando) organigrama (disse-o a sorrir) de como quero que seja a minha despedida.(...) Eu acho que é..é inerente à minha vivência."(G)</p> <p>"...acho que nestas coisas não há correctos. Eu acho que é mesmo uma vivência tão íntima, tão íntima que cada um tem o seu correcto eeee acho que é tão legítimo eu estar a preparar-me como outras pessoas recusarem qualquer tipo de preparação."(G)</p> <p>"Nós somos construídos todos os dias como peças de legos, não é? Pronto, e se calhar uma coisinha daqui, outra dali, outra dali, que nos faz depois ter as vivências que temos, não é? E olhar para ela da forma como olhamos."(G)</p> <p>"Uma das coisas que também me faz confusão é é é socialmente cada vez mais afastarmos a criança do processo da da doença, do processo da da morte. Acho que</p>
--	--	--

		<p>isto para mim não é positivo. Eu acho que devemos estar todos envolvidos. E para entender que esta morte é tão natural como o nascer."(G)</p> <p>"...ao longo da vida claro que fui mudando de ideias e neste momento, desde que seja uma morte que eu ache que é a sequência lógica do que está para trás, tento ajudar a pessoa a Morrer da melhor forma possível. Ajudar a morrer no sentido de proporcionar o maior conforto até à hora em que ela morre, a ela e à família. É o que eu tento. Não quer dizer que o consiga sempre, não é. Mas é mais nessa perspectiva que eu estou."(H)</p> <p>"...o facto de ser ateu também tem influência nisso porque vejo as coisas mais friamente em termos do que vai acontecer à pessoa. A pessoa vai morrer, vai para debaixo da terra e fica em pó, fica em adubo e acabou-se."(I)</p> <p>"A morte é o fim; mas pronto, é uma coisa que confunde muito, confunde muito. E quanto mais as pessoas pensam nisso, mais...mas, a grande maioria das pessoas não, não..mas mesmo muito grande maioria não, não, não querem falar nisso."(I)</p>
	Expectativa Profissional	<p>"...mas tenho que lhe transmitir alguma calma, alguma segurança perante a situação em termos clínicos, em termos de apoio, de afecto, de apoio da família; que muitas vezes é isso que ele quer nesta fase terminal, não é. E é isso que ele necessita." (A)</p> <p>"Os sentimentos são, se calhar, um misto (silêncio de 1 segundo) de incapacidade que eu sinto como Médica de não conseguir resolver algumas coisas que se calhar</p>

		<p>deveríamos conseguir resolver para que as situações não fossem, não fosse já uma fase terminal, não é, às vezes pôr em questão se não haveria situações que se poderiam ter, depende das situações clínicas, como é óbvio, às vezes é assim um misto de mágoa por não se conseguir fazer mais alguma coisa ou não se ter conseguido fazer um diagnóstico mais precoce..." (A)</p> <p>"A – Mágoa para com quem? B – Para com, comigo mesma. Em relação a mim mesma às vezes questiono-me se aquela situação podia ter sido evitada, adiada,..aa..pronto, em particular nos doentes, pronto, que eu já conheço há muito tempo." (A)</p> <p>"...muitas vezes questiono-me se não poderia ter feito mais por aquele doente, ou mais atempadamente, ou se não falhou alguma coisa..." (A)</p> <p>"Claro que nós podemos ajudar sempre até à Morte do doente, não é, ..aa.. mas depois é um ajudar que fica em questão ... aaaa ... se .. ajudamos tudo o que podemos..." (A)</p> <p>"Questiono-me muitas vezes se .. porque é que as coisas têm que terminar assim, não é. Aa .. lá está, aa ...se em termos clínicos, se em termos .. se poderia ter sido feita alguma coisa." (A)</p> <p>"...sentir que podia fazer muito pouco por ela, não é, porque no fundo ela via-se aflita porque o sr. tinha dores que não passavam com nada e, e a minha situação, quer</p>
--	--	--

	<p>dizer, eu não podia fazer muito mais."(B)</p> <p>"Agora, lidar com situações em que eu não consigo ajudar o outro a ultrapassar essa, todo o sofrimento físico, acho que é complicado. (...) Sinto-me muito..sei lá, incapaz. Insegura, talvez, por não poder sentir que estou a ajudar."(B)</p> <p>"É assim, eu como médica de família dediquei-me aqui à medicina preventiva, não é, aa..pronto, ver que há um fim e muitas vezes não, pronto, muitas vezes em pessoas até novas, não é, que não é suposto irem tão cedo, não é, e vemos, pronto, que realmente temos que dar más notícias e que não temos muito a oferecer, não é, é complicado."(F)</p> <p>"No princípio tinha muita dificuldade. Achava que realmente a nossa missão era salvá-los e portanto, qualquer perca era sentida como um fracasso, não é. Aa.. acho piada que o meu sogro sempre que vinha cá perguntava-me "Então quantos é que já mataste?" e eu (riu) ficava muito zangada com a pergunta dele.(...) Eu na altura achei que não o compreendia de qualquer forma, não é, porque eu continuava a achar que os doentes não eram para morrer ..." (H)</p> <p>"Eu não (gaguejou) gosto muito de, eu aa.. essas pessoas que estão assim em estados terminais, não gosto muito de fazer os domicílios, as visitas domiciliárias a esses doentes porque (com alguma pausa/hesitação) eu vou, eu não vou lá fazer nada, nada; até porque se houvesse esse tal diálogo, isso até podia ser que servisse</p>
--	---

			de alguma coisa, mas não vou lá fazer nada; as pessoas estão medicadas..."(I)
	Família	Relação com Médico de Família	<p>"(a abordagem do tema Morte) Um pouco também apoiada pelos familiares que estão à volta e que me dizem algumas coisas..."(C)</p> <p>"Tento ter maior ligação possível com a família, apoio aos familiares quer antes, quer durante, quer depois. (pausa discreta) E penso que tenho conseguido estar com eles, que é, que é isso que eu acho que é o mais importante de tudo."(G)</p> <p>"Partilhei muito com a família, a esposa foi extraordinária, a filha também."(G)</p> <p>"...é muito difícil estar sozinho com eles, está sempre muita gente à volta; ou nós mandamos embora.. e porque queremos falar com a pessoa..mas é, está sempre um exército à volta, é muito complicado: filhos, mulher, está toda a gente ali à volta e.. é muito complicado estar a falar da..são coisas complicadas, são muito íntimas e..é do foro muito íntimo das pessoas e..é complicado."(I)</p>
		Substituição	<p>"...embora seja de uma maneira mais camuflada, mas que abordo, que possa abordar e falar aa... com as pessoas, sejam os familiares, mais os familiares, a pessoa em causa normalmente evito, não é."(D)</p> <p>"...com os familiares, falo, abordo, explico que a situação é complicada, pode, que provavelmente já não, que vai ter muito pouco tempo de vida, isso explico, não é, aa.. isso abordo, aa..com o doente em si, depende. A maior parte das vezes não abordo."(D)</p>

			<p>"(relativamente a um caso que tivesse sido particularmente difícil de lidar) a revolta do marido..."(D)</p> <p>"Falo sempre com a família. Com a família quase invariavelmente, com um dos familiares falo sempre. Para preparar. Acho que as pessoas às vezes mesmo que estejam a ver a situação a deteriorar-se não (respirou fundo e como que ganhando coragem para as palavras seguintes) não assumem, tão sempre com esperança de que vai acontecer qualquer coisa, vai haver um milagre (baixando o tom de voz) de qualquer coisa."(G)</p> <p>"Para mim a coisa mais importante (relativamente a dificuldades em abordar o tema Morte com o doente terminal) que eu vejo assim de imediato é a tropa que está toda à volta: família, vizinhos. (...) A pessoa pode pedir, mas, mas..há resistências, há resistências. Há resistências. As pessoas não largam! É, é, há resistências. Aa.., temos que, pronto, tem que ser mesmo um bocadinho quase imposto, aa.., porque há sempre uma ou outra pessoa que acaba por querer ficar e não vêem com bons olhos estar sozinho."(I)</p> <p>"...muitas pessoas da família chamam o médico muitas vezes por causa do que se diz: "Ai, nem chamou o médico; o homem estava muito mal e nem chamaram o médico" e então vão chamando; chamam agora, chamam para a semana, chamam daí a 15 dias; assim vão chamando o médico, e eu detesto lá ir (disse com alguma</p>
--	--	--	--



			agressividade) porque não vou fazer rigorosamente nada; aa.. não fazer rigorosamente nada. É só mais para a família ficar descansada porque foi o médico e e.. não fazer lá nada."(I)
		Conspiração de Silêncio	<p>"Porque o médico que lhe fez o exame aa...pronto, isto começou..disse-lhe que tinha uma coisa grave, mas disse ao marido que era melhor falar comigo e não estar a esposa presente (e emitiu um leve sorriso). Embora lhe dissesse que teria que ir ser tratada, que tinha que ser operada. Mas, a gravidade da situação pediu ao marido para vir falar comigo, sem a esposa."(D)</p> <p>"O que é que dificulta..às vezes a própria família, porque tem medo que a gente fale aos doentes nisso. Acho que, muitas vezes, antes de falar com os doentes, em determinadas circunstâncias, temos que preparar primeiro a família para depois conseguir, conseguir falar com isso (corrigiu) falar isso com eles."(H)</p> <p>"...às vezes tenho que pôr a família fora, porque a família não quer que se diga e..eu tenho que..aproveitar uma circunstânciazinha qualquer em que estou só com a pessoa..."(I)</p>

